

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO PROFISSIONAL
PSICOLOGIA, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

ANA CLARA FERREIRA BENTO FELIPE

**FATORES MOTIVACIONAIS ENVOLVIDOS NA MUDANÇA DO
COMPORTAMENTO DE PESSOAS EM CONDIÇÃO DE RUA COM
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**SANTOS
2023**

ANA CLARA FERREIRA BENTO FELIPE

**FATORES MOTIVACIONAIS ENVOLVIDOS NA MUDANÇA DO
COMPORTAMENTO DE PESSOAS EM CONDIÇÃO DE RUA COM
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos para avaliação da banca de Exame de Defesa, etapa esta obrigatória para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Toschi Dias
Coorientadora: Profa. Dra. Eliana Miura
Zucchi

SANTOS

2023

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

F315f Felipe, Ana Clara Ferreira Bento

Fatores motivacionais envolvidos na mudança do comportamento de
pessoas em condição de rua com diagnóstico de hipertensão arterial
/ Ana Clara Ferreira Bento; orientador Edgar
Toschi Dias e co-orientadora Eliana Miura Zucchi.

-- 2023.

88 f.

Dissertação (mestrado) e Produto Técnico - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Psicologia, Desenvolvimento e Políticas públicas, 2023

Inclui bibliografia

1. Educação inclusiva. 2. Motivação (Psicologia).
3. População em situação de rua. 4. Mudança do estilo de
vida. 5. Tratamento não medicamentoso I.Dias, Edgar Toschi.
II.Zucchi, Eliana Miura. III. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 159.9(043.3)

FELIPE, A. C. F. B. Fatores motivacionais envolvidos na mudança do comportamento de pessoas em condição de rua com diagnóstico de hipertensão arterial. 88 pp. Dissertação do Programa de Mestrado Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, Santos, 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edgar Toschi Dias
Universidade Católica de Santos

Prof. Luzana Mackevicius Bernardes
Universidade Católica de Santos

Prof. Dr. Miriã Benincasa Gomes
Universidade Católica de Santos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas

Área de Concentração: Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas

Linha de Pesquisa: Gestão, Práticas Psicológicas em Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social

AGRADECIMENTOS

O período em que esta dissertação foi desenvolvida transcorreu em meio a uma transição pessoal.

E, assim, quero agradecer a Maria Cristina, que não me deixou desistir, encorajando em todos os momentos; à minha filha Beatriz, pela compreensão e respeito à minha decisão e a José Augusto, pelo apoio e incentivo ao início do projeto.

Quero agradecer também aos professores Edgar Toschi Dias e Eliana Miura Zucchi, pela orientação paciente e generosa, e pelas importantes sugestões.

Por fim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada.

“Os homens agem sobre o mundo, modificam-no e são modificados pelas consequências de suas ações.”

(Skinner, 1957/1978, p. 15)

FELIPE, A. C. F. B. **Fatores motivacionais envolvidos na mudança do comportamento de pessoas em condição de rua com diagnóstico de hipertensão arterial**. 88 pp. Dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, Santos, 2023.

RESUMO

Pessoas que se encontram em situação de rua (PSR) é um fenômeno em expansão diária, sendo perceptível sua presença ao caminhar pelas cidades. Segundo pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, essa população cresceu 140% no Brasil entre 2012 e 2020. Entre os motivos que vem levando a esse aumento está principalmente o uso abusivo de álcool e drogas. Além da dependência química e das doenças infecciosas e parasitárias, as PSR são também afetadas por doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais a de maior prevalência é a hipertensão arterial sistêmica, que tem se mostrado um dos importantes desafios no campo da saúde pública, principalmente pela dificuldade de instituição do tratamento no território que essas pessoas ocupam. Por outro lado, o abrigo vem se mostrando como potencial facilitador para a implantação de políticas públicas que têm no tratamento não medicamentoso seu grande diferencial. A mudança de comportamento e estilo de vida, entretanto, ainda é um grande obstáculo na prática clínica em quaisquer circunstâncias, tornando-se ainda maior entre pacientes em situação de rua, em virtude do contexto socioeconômico em que se encontram. Assim, o objetivo do presente estudo foi identificar os fatores motivacionais envolvidos na aceitação do tratamento não medicamentoso associado ao medicamentoso por população acolhida em um abrigo municipal. Esta pesquisa, de caráter exploratório, observacional e descritivo, foi realizada por meio de estudo de caso, na região central do município de Santos (SP). Inicialmente, foram consultados os prontuários dos usuários do abrigo, com vistas à identificação de hipertensos; posteriormente, foram feitas entrevistas individuais semiestruturadas e, por fim, averiguado o interesse e a motivação em aceitar a mudança no estilo de vida. Os dados coletados foram transcritos e analisados seguindo os pressupostos da técnica de classificação hierárquica descendente, por meio de software de análise textual (IRAMuTeQ, versão 0,7 alpha 2). Concluiu-se que a criação de uma ação focada no tratamento não medicamentoso contra a hipertensão com ênfase na atividade física pode resgatar a autoestima de PSR e, conseqüentemente, estimular mudanças em seu estilo de vida.

Palavras-chave: Motivação, População em situação de rua, Mudança do estilo de vida, Tratamento não medicamentoso.

FELIPE, A. C. F. B. **Motivational factors involved in changing the behavior of homeless people diagnosed with hypertension.** 88 pp. Dissertation of the Professional Master's Course in Psychology, Development, and Public Policy of the Catholic University of Santos, Santos, 2023.

ABSTRACT

People experiencing homelessness (PEH) is a daily expanding phenomenon, their presence being noticeable when walking through cities. According to research by the Institute of Applied Economic Research, this population grew 140% in Brazil between 2012 and 2020. Among the reasons that have led to this increase is mainly the abusive use of alcohol and drugs. In addition to chemical dependency and infectious and parasitic diseases, the PEH are also affected by chronic non-communicable diseases, among which the most prevalent is systemic arterial hypertension, which has proved to be one of the important challenges in the field of public health, especially by the difficulty of instituting treatment in the territory that these people occupy. On the other hand, the shelter has been proven to be a potential facilitator for the implementation of public policies that have non-drug treatment as their great differential. Changing behavior and lifestyle, however, is still a major obstacle in clinical practice under any circumstances, becoming even greater among homeless patients, due to the socioeconomic context in which they find themselves. Thus, the objective of the present study was to identify the motivational factors involved in the acceptance of non-drug treatment associated with drug treatment by a homeless population in a municipal shelter. This exploratory, observational, and descriptive research was carried out through a case study in the central region of the city of Santos (SP). Initially, the medical records of the shelter's users were consulted, to identify hypertensive patients; later, semi-structured individual interviews were conducted and, finally, the interest and motivation to accept the lifestyle change was investigated. The collected data were transcribed and analyzed following the assumptions of the descending hierarchical classification technique, using textual analysis software (IRAMuTeQ, version 0.7 alpha 2). It was concluded that the creation of an action focused on the non-drug treatment against hypertension with an emphasis on physical activity can rescue the PEH's self-esteem and, consequently, stimulate changes in their lifestyle.

Keywords: Motivation, Homelessness, Lifestyle change, Non-drug treatment.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	A população em situação de rua	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	Vulnerabilidade.....	14
2.1.1	Motivação.....	16
2.2	Políticas municipais de assistência e desenvolvimento social.....	20
2.2.1	Hipertensão arterial sistêmica	23
3	OBJETIVOS	25
3.1	Gerais.....	25
3.1.1	Específicos.....	25
4	METODOLOGIA	26
4.1	Pesquisa-ação, perspectiva teórico-prática	26
4.2	O contexto da atenção à pessoa em situação de rua em Santos	27
4.3	Percurso metodológico	29
4.3.1	Aspectos Éticos	30
4.3.2	O processo de seleção e participação	31
4.3.3	Produção de dados: A entrevista semiestruturada.....	31
4.4	Análise dos dados	33
4.4.1	Procedimento analítico	33
5	RESULTADOS	35
6	DISCUSSÃO	40
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44

**CATEGORIA DO PRODUTO TÉCNICO: CADERNETA DE ENTREVISTA
MOTIVACIONAL “PINTANDO O QUINTO”**

1	INTRODUÇÃO	51
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	53
2.1	Entrevista motivacional	53
2.2	Teoria da autodeterminação	56
2.3	Modelo transteórico de mudança	58
3	OBJETIVOS	60
3.1	Geral	60
3.1.1	Específicos	60
4	METODOLOGIA E USO DA CADERNETA PINTANDO O QUINTO	61
4.2	Cronograma	62
4.3	Caderneta pintando o quinto	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS DO PRODUTO	70
	REFERÊNCIAS	72
	ANEXO 1	77
	ANEXO 2	80
	ANEXO 3	82
	ANEXO 4	83
	ANEXO 5	87

1 INTRODUÇÃO

Pessoas em situação de rua (PSR) são um fenômeno populacional que aumenta visivelmente a cada dia, sendo necessário somente um olhar sensível e atento para identificar esse fato. Ao se caminhar pelas ruas das cidades, é possível identificar indivíduos em extrema vulnerabilidade e que fizeram das ruas sua morada por diversos motivos – tais como o desemprego, a perda dos vínculos afetivos, a perda da autoestima, muitas vezes provocados a isso pelo uso abusivo de álcool e drogas. Segundo Brito e Silva (2022, p. 152), nas regiões metropolitanas, essa população “[...] ganha uma nova visibilidade em decorrência da forte associação com o uso do crack.”

Para Sicari e Zanella (2018), essa é uma realidade que vem aumentando progressivamente em áreas urbanas não apenas em razão dos fatores citados anteriormente, mas, também, porque a vida nas ruas é uma escolha pessoal, despertada pela sensação de liberdade. Por isso, observam esses autores, cada pessoa nessa situação desenvolve seu próprio sentimento em relação à rua, que ora é um lugar de passagem, “[...] em que o medo e a dúvida acompanham todo o processo [...]”, ora é “[...] um lugar acolhedor, que abriga e acolhe quem se encontra sem ter para onde ir e quem decide ficar” (SICARI, ZANELLA, 2018, p. 668).

Foi essa perspectiva que orientou a Pesquisa Nacional sobre a População de Rua, primeiro censo a produzir informações sociodemográficas sobre esse extrato, realizado em 2009 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), com vistas à produção de informações para subsidiar as políticas públicas. Na obra que compilou a pesquisa, lançada em dezembro de 2009, o então titular do MDS, ministro Patrus Ananias (2009, p. 5), ressaltou:

A rua é lugar de convivência, de encontros, de construção do coletivo. É também lugar de formação do público. Movimentos importantes de defesa de direitos, como a Campanha pelas Diretas e Anistia, foram feitos com o povo na rua. Mas há mulheres e homens para quem a realidade e o significado da rua é outro. É quando a rua se torna significado de falta de opção, da perda da dignidade, da perda da esperança e, expressão doida da exclusão: lugar da invisibilidade.

1.1 A população em situação de rua

Mas quem é a população que vive em situação de rua Brasil? Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto nº 7.053, publicado em 23 de dezembro de 2009, trata-se de um grupo heterogêneo de pessoas que, além da interrupção e fragilidade de vínculos familiares, tem em comum a pobreza extrema e a inexistência de moradia convencional regular, que utiliza “[...] os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, Art. 1º, parág. único).

De acordo com pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), essa população aumentou 140% no país entre setembro de 2012 e março de 2020. A maior taxa de crescimento foi registrada nas grandes cidades, mais da metade concentrada na região Sudeste. Isso demonstra uma característica urbana do fenômeno, comprovando aquilo que é visto diariamente nas vias públicas brasileiras (NATALINO, 2020).

É importante dizer que esse cenário se agravou mesmo após a instituição da PNPSR, que preconiza, entre outros princípios, a igualdade e a equidade e tem como objetivos a articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, não se verifica uma real efetividade desses princípios e objetivos, visto que são evidentes as diversas dificuldades no acesso dessas pessoas à rede de atenção em saúde. Entre outros obstáculos em ambos os sistemas, destaca-se o fato de que dessas pessoas são frequentemente exigidos documentos e comprovantes de endereço para ingresso em seus serviços. Brito e Silva (2022, p. 152) corroboram, lembrando que “[...] nos espaços urbanos, a PSR é frequentemente impedida de entrar em locais como transporte coletivo, serviços de saúde e outros órgãos públicos.”

No caso do SUS, a população em situação de rua enfrenta diversos obstáculos para acessar os serviços de saúde. Entre eles, conforme Santos (2018), a exigência de emissão do cartão SUS¹, um documento pessoal e intransferível, que é emitido pelas próprias unidades de saúde, sob a condição de apresentação de RG, CPF e comprovante de residência.

¹ SANTOS (município). **Cartão SUS**. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/cartao-sus>. Acesso em: 10 mar. 2023.

Para superação dessas barreiras, e em consonância como a PNPSR, Sicari e Zanella (2018) consideram essenciais a criação e o fortalecimento de uma rede intersetorial de cuidado à pessoa em situação de rua. Para esses autores, ainda, é preciso identificar as iniquidades que impedem o acesso direto e livre dessa população aos serviços de saúde, com apontamento das ações e estratégias necessárias para modificar essa situação (SICARI, ZANELLA, 2018).

Diante de tal barreira, surgiram, em 2011, no escopo da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), as equipes de Consultório na Rua (CnaR). Essas equipes são a porta de entrada dessa população à rede de saúde, atuam no próprio território e de modo itinerante (BRASIL, 2012). As equipes do CnaR funcionam como porta de entrada para a PSR nos serviços de saúde do município e outros equipamentos voltados para essa população, que devem

[...] realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil.” (PNAB, 2012, p. 62).

Para Sicari e Zanella (2018, p. 671), o Consultório na Rua deve ser visto, ao mesmo tempo, como um serviço de saúde e “[...] suporte social e de afeto, que possibilita transformações e potencialidades nos modos de viver e de se cuidar em situação de rua.” Cardoso e colaboradores (2018, p. 2) ponderam que, portanto, cabe às equipes às equipes de Consultório na Rua (eCR)

[...] prestar atenção à saúde em um cenário diferenciado e dinâmico, que desafia cotidianamente os profissionais de saúde que assistem os usuários em situações que fogem do programado. Para driblar as dificuldades, adversidades e surpresas encontradas nessa realidade complexa da rua, o trabalho em saúde é organizado em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar.

A estada na rua propicia o aparecimento de enfermidades, assim como favorece o agravamento daquelas já existentes. As doenças mais comumente encontradas nessa população são aquelas relacionadas à sua situação de vulnerabilidade, tais como as que provocam alterações psiquiátricas devido ao uso abusivo de álcool e drogas e as associadas à sua própria condição socioambiental, por exemplo, as doenças infecciosas e parasitárias.

Entre estas as mais comuns são a tuberculose pulmonar, a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (sida), as infecções transmissíveis sexualmente (ITS) e as hepatites B e C, além das doenças dermatológicas e as já mencionadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Entre estas, destacam-se, pela ordem, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Bernstein e colaboradores (2015) observaram que o envelhecimento da PSR está provocando um aumento dessas DCNT. Essas observações dos agravos mais presentes na PSR vêm ao encontro do que é apresentado no *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Segundo Asgary e colaboradores (2016), a HAS é um dos agravos mais presentes entre pessoas em situação de rua. Esses autores identificaram entre PSR moradores de abrigos na cidade de Nova York (EUA) cerca de 40% hipertensos, dos quais 16% se encontravam no estágio II da doença (ASGARY et al. 2016). Por se tratar de um dos fatores de risco mais prevalentes para a doença cardiovascular, ao lado de DM, tabagismo e sedentarismo, é de suma importância o tratamento eficaz e o melhor controle da pressão arterial, porém, as informações a respeito do controle da hipertensão arterial nessa população são reduzidas.

Os mesmos autores, apesar de não terem coletado dados específicos, aventaram a hipótese de que a HAS não controlada em pessoas em situação de rua seria uma resposta à menor adesão ao tratamento médico, à dificuldade de uma alimentação saudável e à falta de exercícios físicos, abrigadas ou não abrigadas. Para eles, estratégias eficazes e comprovadas para o melhor controle da pressão arterial, como a mudança do estilo de vida e orientações a respeito dos cuidados necessários, raramente são ofertadas para essa população (ASGARY et al. 2016). Em outro estudo, Ngo e colaboradores (2020) também destacaram a falta de atividade física, o envelhecimento, a dieta pobre e o estresse como principais fatores de risco para HAS e sua maior prevalência entre PSR.

Já a pesquisa realizada por Lima e Muniz Silva (2017) mostrou outro fator importante para hipertensão arterial entre essas pessoas: o estresse, provocado pela constante exposição a situações de perigo, má alimentação, uso abusivo de álcool, fumo e drogas ilícitas. Em tais circunstâncias aumentam a frequência cardíaca, os níveis dos hormônios do estresse e a pressão arterial, levando a uma maior probabilidade de desenvolvimento da HAS.

Essa associação de fatores de risco, a maior exposição a eles e o difícil controle da hipertensão arterial sistêmica aumentam a probabilidade de desenvolvimento de doenças

cardiovasculares e lesões em órgãos dos corpos de PSR. Por isso, conforme acentuam Lima e Muniz-Silva (2017, p. 20), este

[...] é um tema que precisa ser explorado, estudando formas para as quais essa população seja encorajada a realmente mudar o estilo de vida, evidenciando dignidade e que por meio de programas de reintegração possam voltar a se resgatar, resultando em redução da taxa de mortalidade mundial.

De fato, na vivência cotidiana da pesquisadora, foi possível observar que as alterações provocadas pelo uso abusivo de álcool e drogas são as manifestações mais comumente encontradas nessa população, além de doenças infecciosas e parasitárias, dermatológicas e doenças crônicas não transmissíveis. Nesta última classe de doenças, por influência de fatores socioambientais aos quais os moradores em situação de rua estão expostos, a que apresenta maior incidência é de fato a hipertensão arterial sistêmica. Ela, porém, é de difícil diagnóstico em território, considerando-se as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (BARROSO et al., 2020).

Da mesma forma, é difícil a efetivação do seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso, devido às próprias condições adversas e peculiares em que as pessoas em situação de rua se encontram. Como disposto nessas diretrizes, o tratamento não medicamentoso da HAS consiste no controle de uso do álcool e do tabagismo, na redução do sedentarismo e na reeducação alimentar, entre outras medidas, estando diretamente relacionado com a prevenção primária e o controle dos seus fatores de risco modificáveis. A isso deve ser associado, ainda, o tratamento medicamentoso, quando necessário (BARROSO et al., 2020).

Assim, dada a dificuldade em instituir territorialmente o referido tratamento a PSR, o abrigo se torna um importante facilitador para a sua implementação, partindo-se do tratamento não medicamentoso. Nesse espaço institucional – o abrigo – foi realizada o presente estudo, de natureza qualitativa, do tipo pesquisa-ação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Vulnerabilidade

A vulnerabilidade, embora não seja um conceito preciso, abrange “[...] a compreensão dos múltiplos fatores que fragilizam os sujeitos no exercício de sua cidadania” (CARMO, GUIZARDI, 2018, p. 1). O termo não corresponde apenas à ausência do acesso à renda, mas também às fragilidades dos vínculos afetivo e as relações sociais, bem como à desigualdade de acesso aos bens e serviços públicos. O ser humano vulnerável é aquele que “[...] não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social” (CARMO, GUIZARDI, 2018, p. 6). Por isso, dizem as autoras, esse é um conceito bastante presente nas áreas da saúde e da assistência social. Apesar disso, elas ressalvam, o ser humano vulnerável não está fadado a más condições de vida; ele pode ter capacidades necessárias para a mudança de sua condição ou mesmo receber apoio para desenvolvê-las.

Segundo Ayres, Paiva e França Jr. (2012), o conceito de vulnerabilidade diz respeito a um conjunto de aspectos individuais e coletivos que tornam os indivíduos e comunidades mais suscetíveis a doenças e agravos, que é, por sua própria condição, têm menor disponibilidade de recursos para a sua proteção. Conforme referenciam os autores, a vulnerabilidade pode ser compreendida em três dimensões, individual, social e programática, que são caracterizadas a seguir.

Dimensão individual – a) reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas: corpo, estado de saúde e trajetória pessoal; b) recursos pessoais: nível de conhecimento, escolaridade, acesso à informação, relações familiares, redes de amizade, relações afetivo-sexuais, relações profissionais, rede de apoio social; c) subjetividade intersubjetiva: valores (em conflito?), crenças (em conflito?), desejos (em conflito?), atitudes em cena, gestos em cena, falas em cena, interesses em cena, momento emocional.

Dimensão social – a) análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e do cenário cultural: liberdades, mobilização e participação, instituições e poderes, relações de gênero, relações raciais e étnicas, relações entre gerações, processos de estigmatização, proteção ou discriminação sistemática de direitos; b) acesso a emprego/salário, saúde integral, educação/prevenção, justiça, cultura, lazer/esporte, mídia/internet.

Dimensão programática – a) análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde: elaboração de políticas, aceitabilidade, sustentabilidade, articulação multissetorial, governabilidade; b) organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade: acesso e equidade, integralidade, integração entre prevenção, promoção e assistência, equipes multidisciplinares, enfoques interdisciplinares, preparo tecnocientífico dos profissionais e das equipes, compromisso e responsabilidade dos profissionais, participação comunitária na

gestão dos serviços, planejamento, supervisão e avaliação dos serviços, responsabilidade social e jurídica dos serviços (AYRES, PAIVA, FRANÇA JR., 2012, p. 78).

Em Costa e colaboradores (2018, p. 14) são encontradas duas interpretações, de autores diferentes, para a vulnerabilidade social: a de Moser e a de Castel.

[...] enquanto Castel refere-se à vulnerabilidade social como produto da precária inserção dos indivíduos na sociedade salarial – a qual engendra riscos sociais específicos –, Moser e demais autores vinculados ao Banco Mundial entendem essa condição como um déficit dos indivíduos ou das famílias, que aparentemente não tem relação com a organização da sociedade capitalista, de mercado e salarial, e cuja superação depende da obtenção de ativos ou da melhor utilização dos ativos disponíveis.

Scott e colaboradores (2018), em uma revisão sistemática da literatura, organizam os conceitos de vulnerabilidade social em três categorias. A primeira, *vulnerabilidade social como exposição a riscos*, é descrita como aquela em que as pessoas estão mais vulneráveis a doenças infectocontagiosas e situações políticas e sociais desfavoráveis. Tem potencial para prejudicar o bem-estar do indivíduo, da sua família ou do grupo a que pertence. Já a *vulnerabilidade social a partir de aspectos demográficos e/ou socioeconômicos* leva em conta a relação do próprio termo vulnerabilidade social com as condições de saúde, como a privação e/ou dificuldade de acesso a direitos básicos e a benefícios de programas sociais. Essa categoria pode gerar desigualdades sociais e processos de exclusão e violência nas relações. Por fim, a *vulnerabilidade social a partir de uma noção multidimensional* ocorre diante de aspectos “[...] como baixa escolarização, relações familiares violentas ou conflituosas, ausência ou insuficiência de recursos financeiros e serviços de saúde, além de poucas perspectivas profissionais e de futuro” (SCOTT et al., 2018, p. 609).

Para Carmo e Guizardi (2018, p. 9), o reconhecimento das potencialidades dos cidadãos como sujeitos de direitos e a necessidade de

[...] descortinar as implicações estruturais que os colocam em situação de vulnerabilidade, requerendo organização para a exigência ao poder público de acesso mais igualitário a oportunidades, fazem parte de uma conduta que pressupõe esforço constante.

Para Musial e Marcolino-Gall (2019, p. 296), além das condições socioeconômicas, é preciso entender as vulnerabilidades como a soma de situações de precariedade “[...] entre as

quais se incluem a composição demográfica da família, os agravos à saúde, a gravidez precoce, a exposição à morte violenta e as próprias condições de vida”.

Por fim, convocando novamente Carmo e Guizardi (2018), na área da saúde o conceito de vulnerabilidade tem uma ótica mais contextualizada. Nesse campo, a atenção deve voltar-se para o aspecto social, extrapolando o sentido da prevenção e da promoção da saúde. Essa compreensão, postulam as autoras, deve considerar o processo saúde-doença não apenas no que diz respeito a processos biológicos, mas também a fatores sociais que determinam as condições de saúde. Essa perspectiva “[...] traz uma compreensão mais alargada das ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios, contribuindo para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde” (CARMO, GUIZARDI, 2018, p. 2).

2.1.1 Motivação

O termo motivação é usado regularmente e em diversas áreas, contudo não existe um conceito único que envolva as mais variadas situações. Todorov e Moreira (2005, p. 120) definem a motivação como “[...] uma força interna que nos leva a agir, e por ser interna só nós mesmos a podemos sentir”. E, dentro do contexto estudado, pode-se defini-la segundo dois conceitos, de autores diferentes:

- Entendemos por motivo algo que incita o organismo à ação ou que sustenta ou dá direção à ação quando o organismo foi ativado (HILGARD, ATKINSON, 1967 *apud* TODOROV, MOREIRA, 2005, p. 118).
- [...] a motivação é o conjunto de mecanismos biológicos e psicológicos que possibilitam o desencadear da ação, da orientação (para uma meta ou, ao contrário, para se afastar dela) e, enfim, da intensidade e da persistência: quanto mais motivada a pessoa está, mais persistente e maior é a atividade (LIEURY, FENOUILLET, 2000, *apud* TODOROV e MOREIRA, 2005, p. 9).

Para Pansera, Valentini e Berleze (2016), motivação é a força que se manifesta no indivíduo e que o induz ao início da ação e a seu prosseguimento (regulando-a e sustentando-a). A motivação, porém, não é permanente, pois depende das características do ambiente no qual esse indivíduo está inserido. Já Legnani e colaboradores (2011) entendem que a pessoa motivada sente os benefícios profiláticos e terapêuticos – como a redução do estresse e a não manifestação ou evolução das doenças crônico-degenerativas – proporcionados pela prática habitual de atividade física e pelo estilo de vida saudável. Já Appel-Silva, Welter e Argimon

(2012, p. 357) avaliam que a motivação é “[...] a força que mobiliza a pessoa a interagir no ambiente”.

A motivação pode ser extrínseca, intrínseca e amotivação ou desmotivação, conforme diversos autores:

A motivação extrínseca aproxima-se muito da própria motivação intrínseca em seu grau de autodeterminação, mas não coincide com ela, já que, na regulação integrada, o que sustenta a realização da atividade é a sua importância para a obtenção de metas e valores internalizados pela pessoa. Em contrapartida, na motivação intrínseca o interesse pessoal está na atividade em si mesma, estando inserido o componente de interesse e de prazer (BZUNECK, GUIMARÃES, 2007, apud OLIVEIRA et al., 2010).

A motivação extrínseca é aquela em que a é movida por condições externas a ela, sejam benefícios ou punições, mas que a ação por si só não a satisfaça. A motivação intrínseca é quando o que move a pessoa para a ação são motivos internos baseados em necessidades intrínsecas e a gratificação da pessoa é pela ação em si, sem que sejam necessários benefícios externos como impulsionadores (ASSOR, VANSTEENKISTE, KAPLAN, 2009, apud APPEL-SILVA, WELTER, ARGIMON, 2012).

Legnani e colaboradores (2011) observam que a *motivação intrínseca* é o desenvolvimento da atividade em si e constitui o objetivo da gratificação, suscitando também sensações de competência e autorrealização. Existem três tipos de motivação intrínseca: 1) para o conhecimento, que diz respeito ao comprometimento com as atividades por meio dos sentimentos de prazer e satisfação; 2) para a execução, que envolve o comprometimento com as atividades, também por sentimentos de prazer, enquanto se tenta melhorar ou superar a si mesmo; e 3) para a estimulação, que se refere ao comprometimento com as atividades para experimentar sensações associadas aos seus próprios sentidos.

Já a *motivação extrínseca* está associada a recompensas ou agentes externos. Existem quatro tipos de motivação extrínseca: 1) externa – quando a conduta se realiza pela existência de prêmios e recompensas; 2) introjetada – associada com a expectativa de autoaprovação; 3) identificada – os indivíduos julgam a atividade importante e realizam-na livremente, mesmo não sendo agradável; e 4) integrada – quando a conduta se realiza livremente, e essa integração acontece quando o indivíduo avalia sua própria conduta e atua conforme seus valores e suas necessidades. A *amotivação* ou *desmotivação* corresponde à falta absoluta de motivação, tanto intrínseca como extrínseca.

A motivação pode ser compreendida por meio da Teoria da Autodeterminação (TAD), que foi elaborada em

[...] foi elaborada em 1981 por Ryan e Deci para estabelecer uma psicologia com responsabilidade social e política, de maneira a delinear variáveis que pudessem ser operacionalizadas, inclusive em nível de políticas públicas, com foco em saúde e bem-estar psicológicos (APPEL-SILVA, WELTER, ARGIMON, 2012, p. 351).

Legnani e colaboradores (2011, parág. 9º) definem a TAD como uma “[...] macroteoria da motivação humana que estabelece uma relação com desenvolvimento e funcionamento da personalidade dentro do contexto social [...]”, sendo que ela analisa o comportamento humano “[...] quanto à voluntariedade, autodeterminação, nível de reflexão e se comprometem com suas atitudes e compromissos”. O comportamento humano é motivado por três necessidades psicológicas primárias universais. A primeira é a *autonomia*, que corresponde ao esforço pessoal, sendo o indivíduo o próprio agente de suas ações, logo, “[...] envolve interesses e integração de valores, é a expressão do próprio ego”. A segunda necessidade é a da *competência* – “[...] o indivíduo busca desafios às capacidades de tentar, manter ou melhorar habilidades de maneira geral” (LEGNANI et al., 2011, parág. 10º). Por fim, há o *relacionamento social* – esforço pela aceitação social e preocupação com as outras pessoas.

Ainda segundo esses autores, na TAD são investigados os quatro tipos de motivação extrínseca e a desmotivação, e esta também pode ser dividida em quatro tipos: 1) o indivíduo acredita na incapacidade ou na falta de habilidades para realizar uma conduta; 2) o indivíduo acredita em seus pensamentos negativos e imagina que seus resultados serão fracassados; 3) o indivíduo não quer despende demasiado esforço em alguma tarefa; e 4) o indivíduo acredita na incompetência, pela qual percebe que o esforço não terá muito sucesso.

Uma das técnicas utilizadas nessa abordagem do paciente é a entrevista motivacional desenvolvida por Miller e Rollnick (apud LASTE, SUSIN, OLIVEIRA, 2013, p. 16), que

[...] é uma técnica utilizada para ajudar o paciente a reconhecer seus problemas e, com isso, trabalhar a ambivalência quanto à sua mudança de comportamento – “mudar ou não mudar” –, direcionando-o para a realização dessa mudança. A entrevista motivacional não é uma técnica que estimula os pacientes a mudar o que não desejam; pelo contrário: trata-se de uma técnica habilidosa, que estimula os pacientes a refletirem a respeito de sua própria saúde, a fim de despertarem interesse na mudança de seus comportamentos.

Ainda tendo como base o artigo de Laste, Susin e Oliveira (2013), essa técnica visa a diferentes intervenções, de acordo com o estado motivacional em que o paciente se encontra, tendo por objetivo a ampliação da adesão ao tratamento. A motivação do paciente aumenta e passa por estágios de mudanças, de acordo com o Modelo Transteórico de Mudança,

desenvolvido em 1982 por Prochaska e DiClemente e aperfeiçoado em 1992 por Prochaska, DiClemente e Norcross .

Segundo Almeida (2013, p. 27), ao estudarem comportamentos aditivos, consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas, Prochaska, DiClemente e Norcross “[...] apresentam uma perspectiva integradora na estrutura de mudança intencional”. O Modelo Transteórico de Mudança apoia-se no princípio

[...] de que o comportamento é um processo que ocorre em fases sucessivas, mas não obrigatoriamente de forma linear, tem um padrão em espiral”, isto é, “as pessoas podem até iniciar, abandonar e reiniciar o processo, em qualquer momento, e por diversas vezes, sendo frequentes as recaídas (ALMEIDA, 2013, p. 27-28).

As fases desse modelo são representadas por:

1. pré-contemplação: não reconhecimento do problema pelo indivíduo, sem intenção de mudança;
2. contemplação: reconhecimento do problema – ambivalência, sentimentos opostos em relação à mudança;
3. preparação: planificação da mudança;
4. ação: execução do plano; e
5. manutenção: continuidade de comportamentos e atitudes para manter a mudança.

Segundo Medeiros e Teixeira (2022), na prática clínica o estado motivacional dos pacientes tem grande relevância para a abordagem das patologias crônicas, a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, seu prognóstico, assim como para a mudança de comportamento, como hábitos alimentares e atividade física.

Conforme Legnani e colaboradores (2011), os conceitos da Teoria da Autodeterminação abordados são importantes na área da saúde pública e podem auxiliar na elaboração de estratégias motivacionais direcionadas a grupos populacionais específicos, além de potencializar o grau de motivação dos sujeitos.

Diante dessas evidências teóricas, é possível imaginar que a mudança de comportamento e estilo de vida ainda é um grande desafio na prática clínica. Em relação ao paciente em situação de rua, esse desafio se torna ainda maior, em virtude do contexto socioeconômico no qual essa população está inserida. Sendo assim, é importante que o

profissional reconheça em que estágio motivacional se encontra a pessoa em condição de rua com diagnóstico de hipertensão arterial. Isso lhe permitirá oferecer a ela suporte na elaboração da estratégia de ação não farmacológica mais apropriada.

2.2 Políticas municipais de assistência e desenvolvimento social

A prefeitura de Santos, sob a responsabilidade da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDS), possui uma rede de assistência e desenvolvimento voltada para a população em vulnerabilidade, sendo aquela em situação de rua a que possui uma coordenadoria específica, a Coordenadoria de Atenção Social à População em Situação de Rua.

Tendo como base as informações apresentadas no Portal Assistência da PMS, essa rede é representada pelos seguintes centros e serviços:

- Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) – são “[...] unidades públicas de atendimento aos indivíduos e famílias que necessitam de rede de serviços para orientação e apoio especializado e continuado [...]”² nas áreas de psicologia, assistência social e na área jurídica, por meio da CADOI (Coordenadoria de Assistência Judiciária Gratuita e Orientação Jurídica ao Cidadão);
- Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) – são os serviços públicos mais próximos da população, com unidades localizadas nas regiões de maior vulnerabilidade, que realizam sobretudo o serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e “[...] são responsáveis pelo gerenciamento dos programas de transferência de renda, como Bolsa Família, Renda Cidadã, Nossa Família, Bolsa Santos, Benefício de Prestação Continuada (BPC) para idosos e pessoas com deficiência”³;
- Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP) – é a porta de entrada desse público para os serviços da rede socioassistencial da cidade. Seu objetivo é contribuir para a construção de

² SANTOS (município). Serviço Creas – Proteção especial, apoio à vítima de violência. Santos (SP), 19 ago. 2020, parág. 1º. Disponível em: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/creas>>. Acesso em: 9 mar. 2023.

³ SANTOS (município). Serviço Creas. – Proteção especial, apoio à vítima de violência. **Mulheres vítimas de violência**. Santos (SP), 19 ago. 2020, parág. 6º. Disponível em: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/creas>>. Acesso em: 9 mar. 2023.

novos projetos de vida, restaurar e preservar a integridade e autonomia da população em situação de rua e promover ações de inserção e reinserção familiar e/ou comunitária;

- Serviço Especializado em Abordagem Social – a Equipe de Abordagem Social realiza o monitoramento dos mais diversos territórios da cidade, identificando os locais de fixação de pessoas em situação de rua, bem como os riscos e as violações de direitos a que elas estão sujeitas. Desenvolve um trabalho de aproximação, escuta qualificada e formação de vínculos de confiança, com o objetivo de fortalecer e encorajar o acesso aos demais serviços;
- Seção de Acolhimento e Abrigo Provisório de Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua (Seacolhe-AIF) – é um serviço de acolhimento institucional, que assegura condições de estadia, convívio e endereço de referência, com uma equipe especializada em contribuir para o processo de saída das ruas das pessoas atendidas. Estruturado em Casa de Passagem, busca oferecer acolhimento provisório e tem um período médio de permanência previsto de três meses; e
- Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Família em Situação de Rua (Seabrigo-AIF) – trata-se de um serviço de acolhimento provisório, estruturado em um abrigo institucional e com permanência média de seis meses a um ano.

Em consulta ao Projeto Político-Pedagógico (PPP), foi possível constatar que a Seção Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua,

Seção Abrigo Provisório para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua propõe a concepção de um trabalho voltado à população em situação de rua, possibilitando o acolhimento institucional nas 24 horas do dia, através de um rol de ações preconizadas pelo Serviço Único de Assistência Social (SUAS), com base na Proteção Social Especial de Alta Complexidade, buscando o resgate de valores internos, o desenvolvimento de potencialidades, o empoderamento, a retomada de vínculos familiares e o exercício de fato da cidadania. O trabalho é desenvolvido também através da articulação Intersetorial com a Rede Socioassistencial. / A unidade realizará o acolhimento provisório das pessoas em situação de rua, que necessitem de um tempo maior para sua organização e elaboração de um novo projeto de vida, possibilitando a elas um espaço de escuta, apoio, orientações e encaminhamentos diversos, procurando satisfazer as suas necessidades básicas e específicas a partir do atendimento integral, focalizando a saúde, assistência psicossocial, profissionalização e outros, viabilizando assim condições de referência,

identidade e inclusão na sociedade enquanto sujeitos de direito (SANTOS, 2015, p. 19).

Com capacidade para acolher 45 pessoas em situação de rua, o Seabrigo dispõe, em sua estrutura física de recepção, de 12 quartos com dois beliches cada um, quatro banheiros, refeitório, cozinha, dispensa, almoxarifado, lavanderia, sala de chefia, sala de reunião, sala do corpo técnico, sala administrativa, biblioteca de convivência, brinquedoteca e área externa descoberta. Como recurso humano, tinha em sua composição, no momento da pesquisa, uma chefia, 3 assistentes sociais, um psicólogo, 16 operadores sociais, 2 agentes administrativos, profissionais de serviços gerais em parceria com a Prodesan⁴, 3 bolsistas-aprendizes do Projeto Fênix⁵, uma estagiária de psicologia e o suporte da Seção de Nutrição (Senutri).

O Seabrigo tem como objetivos

[...] acolher e garantir proteção integral, contribuir para a prevenção do agravamento de situação de negligência, violência e ruptura de vínculos, restabelecer vínculos familiares e sociais, possibilitar a convivência comunitária, promover acesso à rede sócio assistencial, e aos do Sistema de Garantia de Direito e às demais políticas setoriais, favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, promover o acesso a programações culturais, lazer, esporte e ocupacionais internas e externas.⁶

O acesso e/ou a elaboração desses programas são realizados pela própria equipe de operadores sociais, assim como o acompanhamento às unidades básicas de saúde (UBS), aos ambulatórios de especialidades (Ambesp) e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Por ser uma instituição que contempla um maior período de permanência, o Seabrigo torna-se um equipamento que possibilita uma melhor adesão ao tratamento da hipertensão arterial, sendo a motivação uma das estratégias para esse fim.

⁴ Sigla de Progresso e Desenvolvimento de Santos, empresa de economia mista, que atua com a prefeitura santista nas ações de desenvolvimento da cidade.

⁵ Desenvolvido pela Secretaria de Municipal Assistência Social (SEAS), visa a reintegrar a pessoa que viveu na rua ao mercado de trabalho.

⁶ SANTOS (município). Programa Novo Olhar – Pessoas em situação de rua. **Seabrigo-AIF (Abrigo institucional)**. Santos (SP), [s.d]. Disponível em: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=hotsite/programa-novo-olhar>>. Acesso em: 9 mar. 2023.

2.2.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível (DCNT) caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial (PA). Quando não controlada, provoca lesões estruturais e funcionais em órgãos-alvo (LOA), como vasos, coração, cérebro, rins e retina, causando um grande impacto socioeconômico. É o principal fator de risco modificável para doença cardiovascular (DCV), doença renal crônica e morte prematura (BARROSO et al., 2021).

Quadro 1 – Hipertensão arterial sistêmica.

Hipertensão arterial	PA sistólica \geq 140mmhg PA diastólica \geq 90mmhg
Incidência*	26% da população nacional 27% das mulheres e 25% dos homens 31% entre os adultos de 45 a 54 anos 49% entre os adultos de 55 a 64 anos
Fatores de risco**	Fatores não modificáveis: idade, sexo, etnia, predisposição genética Fatores de difícil modificação: ambientais e socioeconômicos Fatores passíveis de modificação: tabagismo, alcoolismo, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, ingestão de sal
Prevenção***	Estilo de vida saudável; mudança de hábitos alimentares; redução do consumo de sal; prática de atividade física; abandono do fumo; moderação no consumo de álcool
Tratamento não medicamentoso****	Dieta; atividade física; controle de peso; redução/cessação do tabagismo; redução do álcool; espiritualidade

*Vigitel (2021); **Machado, Pires e Lobão (2012);*** IBGE (2020);**** Barroso et al., 2021

Como observado no quadro acima, evidencia-se uma mescla entre a prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica e o tratamento não medicamentoso. Levando-se tal fato em consideração, a abordagem multidisciplinar (Grau de Recomendação I-GR:1 e Nível de Evidência A – NE: A), com cuidados e decisões compartilhadas entre a equipe, conduz a uma melhor adesão e, conseqüentemente, a um melhor resultado no controle e no tratamento da HAS, reduzindo os fatores de risco, a morbidade e a mortalidade.

O quadro a seguir traz o tratamento não medicamentoso tal como apresentado nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. Dessa forma, o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, como disposto acima nas diretrizes, pressupõe uma mudança no estilo de vida (MEV). Porém, pela necessidade da criação de

novos hábitos, é de difícil implementação na população em situação de rua em território. Por essa razão, o abrigo institucional pode constituir um fator facilitador para a execução desses procedimentos, tendo em vista que a população ali abrigada tem maior probabilidade de adesão a esse tipo de tratamento.

Quadro 2 – Tratamento não medicamentoso.

Dieta (GR: I; NE: A)	O consumo excessivo de sal está diretamente associado ao aumento da pressão arterial e é um dos principais fatores de risco modificáveis para a prevenção e o controle da HA e da DCV. A orientação dietética deve sempre levar em conta a condição socioeconômica e cultural para sua melhor adesão
Atividade física (GR: I; NE: A)	O sedentarismo é o tempo gasto em atividades abaixo do dispêndio energético e está entre os dez fatores de risco para a mortalidade. A prática regular de atividade física (AF) diminui a incidência de HAS, com uma redução do risco de mortalidade de 27% a 50 %, quando realizada segundo as recomendações à saúde. São indicados 150 min./semana de atividade física moderada ou 75 min./semana de atividade física severa
Controle de peso (GR: I; NE: A)	A obesidade está diretamente associada ao aumento do risco de HA, e a diminuição de peso provoca a redução da PA. A adiposidade visceral é um importante fator de risco para o aumento da PA, que pode ser responsável por 65% a 75 % dos casos de hipertensão arterial sistêmica
Tabagismo (GR: I; NE: A)	É um dos principais fatores de risco para a DCV e eleva temporariamente a pressão arterial em cerca de 5 mmHg a 10 mmHg; embora não existam estudos que comprovem o efeito benéfico da interrupção do tabagismo sobre o controle da hipertensão arterial sistêmica, sua redução e cessação devem ser extensivamente estimuladas
Álcool (GR: IIA; NE: B):	Existe uma relação linear entre o consumo de bebida alcóolica e o aumento da pressão arterial, e há maior prevalência da HAS com o uso abusivo de álcool. Estima-se que o consumo excessivo de álcool corresponda a 30% dos casos de HA e que ele seja responsável por aproximadamente 6% das causas de morte no mundo
Espiritualidade (GR: I; NE: B)	A espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que orientam as atitudes, os pensamentos e o comportamento do indivíduo. Na maioria dos estudos observacionais, são muitas as evidências dos efeitos benéficos da associação da espiritualidade com a redução da pressão arterial e do risco de hipertensão arterial

*Adaptado de Barroso et al. (2021); GR (grau de recomendação); NE (nível de evidência); HA (hipertensão arterial); DCV (doença cardiovascular)

3 OBJETIVOS

3.1 Gerais

Identificar as motivações para a aceitação do tratamento não medicamentoso associado ao tratamento medicamentoso pela população em situação de rua com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica acolhida em um abrigo institucional da prefeitura de Santos.

3.1.1 Específicos

Em pessoas em condição de rua com esse diagnóstico:

- a) Descrever as características de cada portador sob o aspecto clínico e social; e
- b) Analisar e apresentar o estágio motivacional em que o paciente se encontra.

4 METODOLOGIA

4.1 Pesquisa-ação, perspectiva teórico-prática

Este é um estudo de natureza qualitativa, do tipo pesquisa-ação, cuja revisão da literatura encontrou diversas definições. Entre elas a de Tripp (2005, p. 447): “Pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática”. Para esse autor, ainda que tal metodologia tenda a ser pragmática, ela se diferencia da prática rotineira da pesquisa científica tradicional, pois “[...] ao mesmo tempo altera o que está sendo pesquisado e é limitada pelo contexto e pela ética da prática” (TRIPP, 2005, p. 447).

A pesquisa-ação é, ainda, tomada como uma investigação que promove a autorreflexão coletiva e colaborativa, por meio da qual é possível melhorar práticas sociais e educacionais, e definida como uma “[...] tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática” (KEMMIS, McTAGGART, 1998, apud SOUZA, SILVA, GUIMARÃES, 2021, p. 17). Nesse escopo, trata-se de um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com vistas à resolução de um problema coletivo, em que tanto os pesquisadores quanto os participantes representativos do evento ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1986, p. 14). Segundo Aldair Heron, citado em artigo de Souza, Silva e Guimarães (2021, p. 21), pesquisas cooperativas exigem essa interação “[...] para que possam contribuir diretamente na formulação das ações e conclusões finais”.

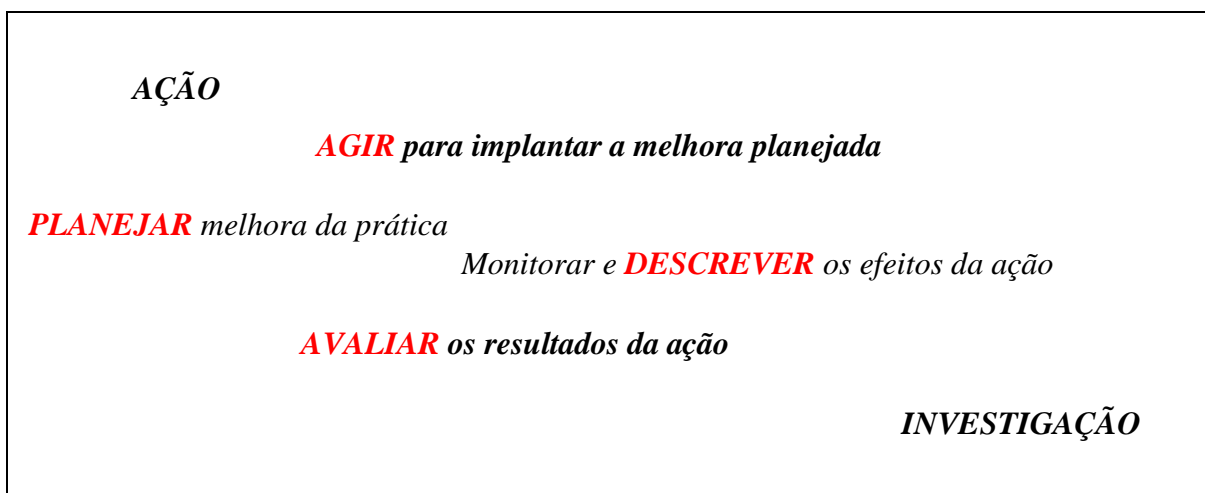
Conforme esse mesmo artigo, a participação conjunta e a multiplicidade de conhecimentos da pesquisa-ação proporcionam uma aprendizagem colaborativa e, sobretudo, a valorização dos direitos dos participantes, favorecendo a motivação, a individualidade e o fortalecimento do grupo (SOUZA, SILVA, GUIMARÃES, 2021). Thiollent (1986) ressalta que, associada a diversas formas de ação coletiva, essa abordagem é orientada para a resolução de problemas ou de objetivos de transformação, daí redundando seu formato – em grupos, instituições e coletividades de pequeno ou médio porte.

Nessa perspectiva, a pesquisa-ação não corresponde apenas a uma coleta de dados. Nela há uma necessidade intrínseca de “reciprocidade/complementariedade” entre pesquisados e pesquisador. Por isso, é preciso definir “[...] com precisão qual ação, quais agentes, seus objetivos e obstáculos, qual exigência de conhecimento a ser produzido em função dos problemas encontrados na ação ou entre os atores da situação” (THIOLLENT

apud BALDISSERA, 2001, p. 6). E é exatamente em razão de sua característica teórico-prática que a pesquisa-ação possibilita ações transformadoras do indivíduo e do coletivo.

Ao ser projetada na área da saúde, essa abordagem incentiva a participação da comunidade assistida, bem como de gestores e trabalhadores da saúde (SOUZA, SILVA, GUIMARÃES, 2021). Isso, de um lado, permite a inserção da ciência na prática da vida comunitária e, de outro, fortalece o modelo de atenção primária, favorecendo a “[...] percepção geral dos problemas de saúde e os avanços em políticas públicas que efetivem o vínculo, o acolhimento, a responsabilidade sanitária, além da ação transdisciplinar e intersetorial” (SOUZA, SILVA, GUIMARÃES, 2021, p. 21).

A seguir, são apresentadas as quatro fases do ciclo básico da investigação-ação, baseado em um diagrama de Tripp (2005).



4.2 O contexto da atenção à pessoa em situação de rua em Santos

De acordo com o relatório parcial do Censo da População de Rua de Santos (2020), cerca de 868 pessoas viviam nas ruas da cidade no período da pesquisa, número que representou um aumento de 71,2% entre 2009 e 2019. Desse total, 761 (88%) encontravam-se nas ruas e 107 (12%), em serviços de acolhimento. Embora não contabilizados no levantamento, foram registrados 21 menores de idade (crianças e adolescentes abaixo de 18 anos) acompanhados das mães (UNIFESP, SANTOS, 2020).

Para a realização do Censo, o município foi subdividido em dez regiões e, assim, traçou-se o perfil demográfico da PSR. A maior concentração estava em Vila Nova e Vila Mathias (Região Centro II), que abrigavam 22% dessa população. A faixa etária prevalente era de 40 a 59 anos, o que correspondia a 48% do total. Autodeclaravam-se pretos e pardos 61%; autodeclaravam-se homens (cis/trans) 82%; mulheres (cis/trans), 14%; e outros, 4%. O tempo de permanência em situação de rua mais referido no levantamento foi de 1 a 4 anos e 11 meses (14%), enquanto mais da metade (54%) disse ter na coleta de material reciclável a principal fonte de renda.

Em relação aos agravos, os mais prevalentes foram uso abusivo de álcool e drogas, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV, tuberculose, problemas nos pés e doenças crônicas e respiratórias, entre outros (UNIFESP, SANTOS, 2020). Esses resultados vêm ao encontro daqueles apresentados no *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Desde 2012, Santos conta com o Consultório na Rua (CnaR), que é vinculado ao Departamento de Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde, e abrigado na Seção de Unidade Básica (SEUB) localizada na área do porto. No período em que foi realizada a coleta de dados, sua equipe técnica era formada por três profissionais de nível superior e um de nível médio. O serviço funciona de forma itinerante, atendendo a população em situação de rua em seus próprios territórios, fixados em cinco pontos assim definidos: Orla; Mercado Municipal; São Bento/Valongo; Praça da Aparecida; e Gruta. A equipe pode ser deslocada para outra região, conforme a necessidade de atuação fora desses pontos previamente estabelecidos. O Consultório na Rua oferece atenção, acolhimento, cuidado e escuta, com vistas à vinculação dessas pessoas com a rede de saúde.⁷

Na prática diária do campo, foi possível observar os mais variados problemas e necessidades de saúde, que corroboravam os dados apresentados no Censo. Em situações específicas, o acompanhamento do CnaR era realizado simultaneamente com o da SEUB de referência do território.

⁷ SANTOS (município). Consultório na Rua, porta de entrada aos serviços da Saúde, realiza mais de 1.200 atendimentos. *Notícias*, Santos (SP), 17ago. 2015. Disponível em: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/consultorio-na-rua-porta-de-entrada-aos-servicos-da-saude-realiza-mais-de-1200-atendimentos>>. Acesso em: 9 mar. 2023.

Nesse aspecto, é importante dizer que o Consultório na Rua, além de realizar a assistência *in loco*, também atua como porta de entrada para outros serviços da própria Secretaria de Saúde – os mais frequentemente utilizados são o Ambulatório de Especialidades (Ambesp), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atenção Especializada (SAE), os Serviços de Urgência/Emergência, o Instituto da Mulher e o Hospital e Maternidade da Zona Noroeste. Além disso, o CnaR faz a integração intersetorial, referenciando os serviços de acolhimento institucional (abrigos e casa de passagem), os Centros POP e o Serviço Especializado de Abordagem Social, sob a responsabilidade da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDS).

A partir dessa intersetorialidade, e levando-se em consideração a importância da prática do tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, conforme anteriormente apontado, foi possível conferir ao Seabrigo um importante papel de território cooperador dessas ações. Isso porque, conforme Santos (1998b), o território é configurado como tal a partir de diferentes funções e usos espaciais. E, dessa forma, como apontam Faria e Bortolozzi (2009, p. 37) “[...] torna-se possível delimitar territorialmente um espaço para a implementação de ações práticas de saúde”.

Nesse sentido, o abrigo institucional foi tomado como espaço privilegiado para a efetivação do tratamento não medicamentoso, ao lado das medidas farmacológicas, de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica.

4.3 Percurso metodológico

A produção de dados deste estudo seguiu os ciclos da pesquisa-ação propostos por Souza, Silva e Guimarães (2021). A pesquisa-ação foi realizada com os portadores de hipertensão arterial sistêmica atendido na Seção Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua – Adulto, Idoso e Família (Seabrigo-AIF). Estes correspondiam a 24% dos usuários do serviço, número que se aproxima da prevalência de 25% de hipertensos na população brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019).

Quadro 3 – A produção de dados na pesquisa-ação.

Ciclos	Modos de produção
1. Observação e revisão da prática	Descrição e apresentação da estrutura física e humana do serviço pela diretora responsável.
2. Coleta e organização de dados/planejamento	Levantamento dos prontuários dos usuários portadores de hipertensão arterial, tendo como documento a receita médica.
3. Ação e implantação	Convite aos usuários portadores de HA para participar da pesquisa e da entrevista.
4. Monitoramento	Monitoramento das reações físicas e emocionais do participante durante a entrevista, mediante contato audiovisual direto entre ele e a pesquisadora.
5. Avaliação dos resultados	Gravação da entrevista em aparelho celular e posterior transcrição; registro das impressões em um diário de campo pela própria pesquisadora; leitura dos dados coletados.

Elaborado pela autora

Para fazer frente a esse problema, foi proposto um plano de ação com os hipertensos do Seabrigio, com o objetivo de contribuir para a melhoria da sua saúde a partir de programas voltados para o tratamento não medicamentoso. E, por consequência, levá-los a mudanças no estilo de vida.

O estudo foi realizado na unidade localizada à Rua Manoel Tourinho, 352 – Macuco, em Santos, que atualmente atende 37 usuários, com faixa etária predominante de 40 a 60 anos e período médio de permanência de um ano. O local possui área interna e externa para a prática de atividades físicas e a formação de grupos, bem como para atendimento individual.

4.3.1 Aspectos Éticos

A entrevista foi realizada oralmente, de modo que tanto os pesquisados alfabetizados como os não alfabetizados pudessem, igualmente, participar. Em caso de participantes não alfabetizados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido pela pesquisadora, e o consentimento da participação foi gravado após esclarecidas todas as dúvidas e informadas as garantias dos direitos dos pesquisados. A condição de alfabetização foi perguntada antes da apresentação do TCLE.

A proponente desta pesquisa é funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Santos e, durante a pesquisa, atuava na Secção de Unidade Básica Vila Mathias e Consultório na Rua, como médica clínica.

Vale ressaltar que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, Versão 04, CAAE: 57093522.4.0000.5536, Parecer Número: 5.585.357, emitido em 16 de agosto de 2022 (ANEXO 1).

4.3.2 O processo de seleção e participação

A pesquisa teve início com a consulta documental dos prontuários dos usuários do abrigo institucional da prefeitura de Santos. Nesse momento, foram identificados os portadores de hipertensão arterial sistêmica pelas informações neles registradas.

Após essa etapa, os usuários foram convidados a participar da pesquisa, e, somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – respeitando-se o grau de instrução de cada pessoa e em conformidade com as normativas éticas de pesquisa com seres humanos, descritas na resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016 –, foram realizadas as entrevistas individuais com os participantes, segundo o roteiro previamente estruturado (ANEXO 2).

4.3.3 Produção de dados: A entrevista semiestruturada

O primeiro contato com o Seabrigo ocorreu em 29 de outubro de 2021. Devido à pandemia de Covid-19, que havia emergido no Brasil em março de 2020, as informações foram fornecidas pela responsável do serviço por meio de mídia social eletrônica (*i.e.* WhatsApp). Com capacidade para atender 45 pessoas em situação de rua, naquele momento o abrigo acolhia 37, na faixa etária média entre 40 e 65 anos e tempo médio de permanência de um ano, em virtude da crise sanitária global. Pela mesma razão, as atividades da unidade estavam suspensas, com a possibilidade de retomada no ano seguinte (2022), conforme a evolução da pandemia.

Somente em 30 de julho de 2022 foi programada a primeira visita presencial ao Seabrigo. A responsável pelo serviço apresentou os dados sobre a estrutura física e os

recursos humanos disponíveis, atualizando as informações que haviam sido fornecidas no primeiro contato, ainda na fase inicial da pesquisa. O Seabrigo abrigava então 28 usuários, entre idosos, familiares e convalescentes. Além do cenário pandêmico, também contribuíram para essa redução no número de atendidos as obras que eram realizadas no imóvel.

No dia 20 de agosto de 2022, com a cooperação de dois operadores sociais, foi efetuada a segunda visita ao espaço. Foi então realizado o levantamento dos prontuários, tendo como documento norteador a receita médica. Dos 25 abrigados naquele momento, nove eram portadores de hipertensão arterial sistêmica.

A terceira visita presencial ocorreu em dia 12 de setembro de 2022. Nessa ocasião, os usuários hipertensos previamente selecionados foram convidados a participar da pesquisa, que se daria por meio de entrevista.

Devido à internação de um abrigado na data programada, apenas oito foram convidados, dos quais um declinou e outro recusou ser entrevistado após ter sido lido o TCLE, justificando ter a pressão controlada e apresentando a carteira de controle. Houve, ainda, a interrupção de uma entrevista, pela própria pesquisadora, devido à labilidade emocional do pesquisado.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, em ambientes orientados pelo operador social ou escolhidos pelo próprio usuário e que garantissem sua privacidade. Portanto, ao longo do processo houve várias interferências externas e a concordância da administração, que foi gravada em aparelho celular. Ressalte-se que tais procedimentos seguiram as recomendações de Manzini (1990/1991), segundo quem é importante estabelecer um clima de segurança e confiança no início da entrevista, mediante sinceridade e franqueza por parte do entrevistador – que deve informar a instituição à qual está vinculado e explicar a finalidade da entrevista, sua importância e seu caráter sigiloso.

A entrevista foi do tipo semiestruturada, que pode ser entendida como aquela na qual é elaborado um roteiro “[...] com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista” (MANZINI, 2004, p. 154). Essa ferramenta permite a emergência de informações mais livres, de modo que as respostas não estejam limitadas a alternativas padronizadas, pondera o autor.

As perguntas foram elencadas em um roteiro de entrevista (ANEXO 2), com pequenas alterações conforme as respostas fornecidas pelo usuário – sem que, no entanto, se tornassem tendenciosas. Para delinear o perfil dos participantes, as questões versavam desde a identificação pessoal e dados sociais até a presença de fatores de risco para a hipertensão

arterial, assim como pontos mais específicos em relação à condição do agravo e a seu tratamento. Também foi indagado aos participantes que motivação os levaria a integrar programas organizados no próprio abrigo, a fim de realizar o tratamento não medicamentoso.

4.4 Análise dos dados

Com a autorização tanto da administração do Seabrigo quanto do participante, as entrevistas foram gravadas em um aparelho celular e posteriormente transcritas e registradas em um diário de campo, procedimentos esses realizados pela própria pesquisadora. A leitura dos dados coletados foi feita com assessoria técnica e analisados por meio de softwares, descritos na próxima seção.

De acordo com Sousa e colaboradores (2020), enquanto a entrevista é uma das técnicas mais usadas na abordagem qualitativa, os softwares de análise dessas interlocuções facilitam a organização e ordenação da informação, que será depois interpretada pelo pesquisador. Entre outros recursos, esses programas permitem o agrupamento por busca de palavras e expressões verbais, bem como edição de informações sob a forma de indicadores estatísticos, figuras, tabelas e gráficos. De acordo com Souza e colaboradores (2018, p. 2), entre as vantagens da análise dos dados por meio de softwares, “[...] estão o auxílio na organização e separação de informações, o aumento na eficiência do processo e a facilidade na localização dos segmentos de texto, além da agilidade no processo de codificação”.

Mediante as respostas fornecidas, as entrevistas serviram, ainda, para delinear os hábitos diários dos participantes e seu perfil de saúde. Por fim, ajudaram a mensurar o interesse e a motivação em aceitar mudanças no estilo de vida para buscar o melhor controle da hipertensão arterial (ANEXO 3).

4.4.1 Procedimento analítico

As entrevistas foram organizadas em um único *corpus*, que foi submetido à Classificação Hierárquica Descendente (CHD) pelo software de análise textual denominado IRAMuTeQ (versão 0.7 alpha 2). Esse programa é de código aberto, e sua licença é GNU GPL (v2), ou seja, de uso gratuito. Desenvolvido pelo *Laboratoire d'Études et de Recherches*

Appliquées en Sciences Sociales (LERASS), ele permite analisar estatística em *corpus* de textos em diversos idiomas, contando, inclusive, com um dicionário da língua portuguesa (CAMARGO, JUSTO, 2013).

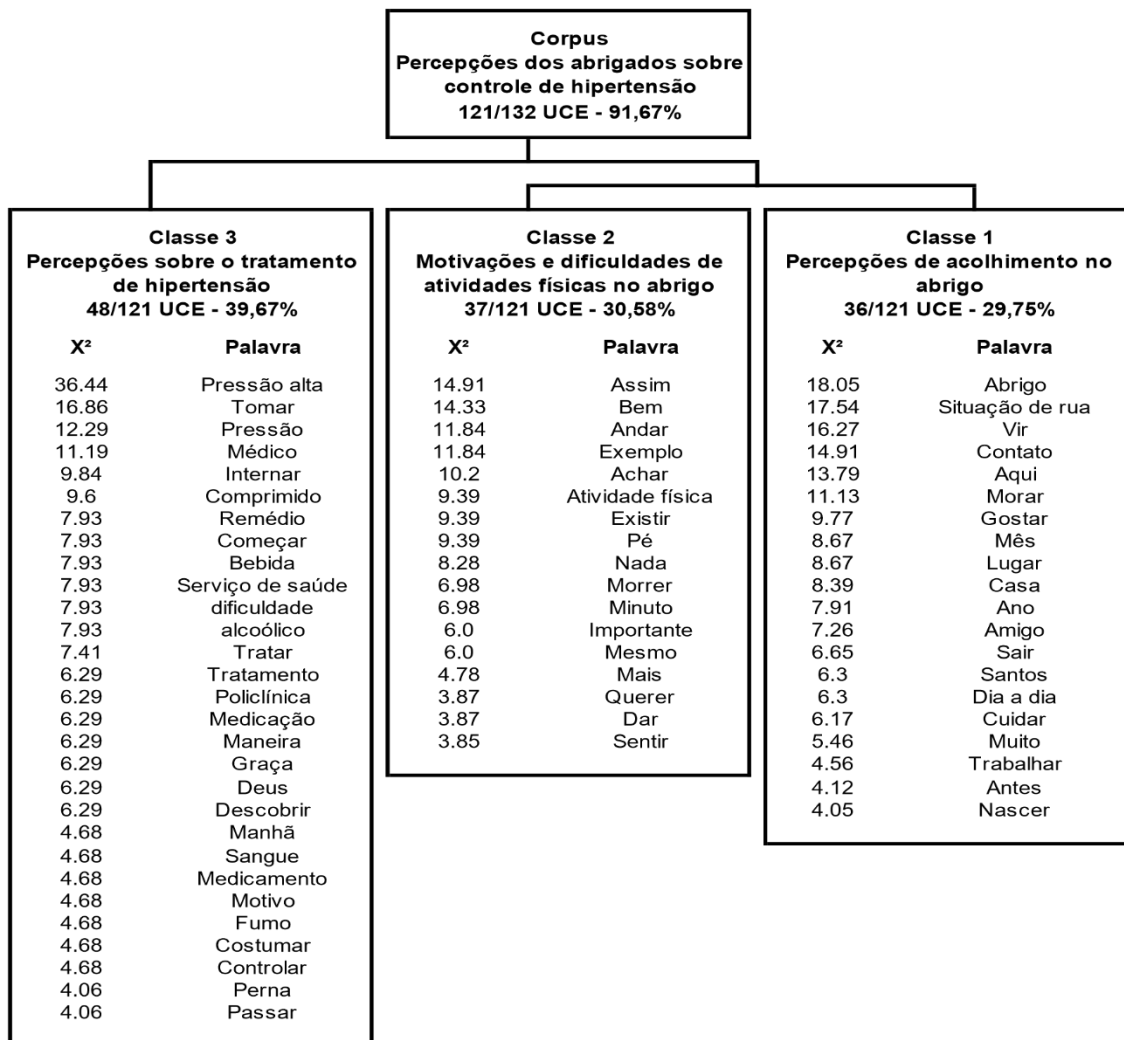
A CHD divide o *corpus* em diversos segmentos de textos (ST), de acordo com a ocorrência e a frequência das palavras. Estes são organizando em grupos que levam em consideração as similaridades encontradas nas análises das palavras reduzidas ao seu radical (lemantização) (SOUZA et al., 2018). Esse processo tem como finalidade a formação das unidades de contexto elementares (UCE), conforme a semelhança dos vocabulários, o que possibilita verificar os conceitos e as percepções expostos nas diversas entrevistas e entender como eles se relacionam através das classes que são formadas, as quais compartilham do mesmo vocabulário (CAMARGO, JUSTO, 2013). Para que a análise seja considerada proveitosa, o IRAMuTeQ deve interpretar uma quantidade mínima de texto, superior a 75% do total processado (CAMARGO, JUSTO, 2013).

Os resultados da análise feita pelo IRAMuTeQ podem assumir diversas apresentações, como um dendrograma ou uma nuvem de palavras. Eles podem, ainda, ser obtidos por meio da análise fatorial de correspondência (AFC) (NASCIMENTO, MENANDRO, 2006; SOUSA, 2021). Esta divide o texto em pequenos pedaços e cruza as palavras lematizadas com o agrupamento da classificação, destacando as posições de semelhança e de oposição que estruturam o conteúdo analisado (AUBERT-LOTARSKI, CAPDEVIELLE-MOUGNIBAS, 2002; SOUSA et al., 2020). Também é possível resgatar trechos que sirvam de exemplo da classe a que pertencem, com a possibilidade de se contextualizarem os resultados obtidos. Nas falas diretas, algumas explicações aparecem entre parênteses para possibilitar a leitura do software.

5 RESULTADOS

Nesta pesquisa, o *corpus* foi dividido pelo IRAMuTeQ em 132 unidades de contexto elementares, com o aproveitamento de 121, o que representa 91,67% do total. Tal análise separou o *corpus* em dois *subcorpus* – um deles formava, inicialmente, um conjunto de duas classes, e o outro, uma classe isolada, conforme a Figura 1. As duas primeiras classes formadas referem-se à vivência do entrevistado no abrigo e os motivos que o levaram até o serviço. Já a Classe 3 se relaciona com a descoberta e o tratamento da pressão alta.

Figura 1. Dendrograma: Percepções dos abrigados sobre controle de hipertensão.



A Classe 1, denominada “Percepções de acolhimento no abrigo”, representa 36 (29,75%) das 121 UCE analisadas. A presença de verbos como vir, morar, gostar, sair, cuidar e trabalhar tem a ver com a vivência anterior do entrevistado, suas experiências na cidade de

Santos, os motivos que o levaram ao abrigo, como ele se sentia em relação ao serviço, ao acolhimento, e se desejava sair dele. Esse entendimento foi reforçado por expressões com significância estatística, como “situação de rua” e “dia a dia”. Esses conceitos que emanaram da Classe 1 estão evidenciados nos seguintes excertos:

Foi o bloqueio do meu BPC [Benefício de Prestação Continuada], eu morava... onde eu morava há mais de cinco anos (...) arrumava minhas coisas, ia para o Poupatempo, ajudava as pessoas que precisavam fazer [intensos ruídos externos], tinha uma vida basicamente normal. (Entrevistado 2)

Eu não estou em situação de rua, não... não tô em situação de rua, não. (...) Aqui devo ter... eu tive lá na [rua] Brás Cubas quatro meses, mais ou menos... Eu estou dizendo assim, filha... uns quatro meses no total, nos dois, tá? Daqui e de lá... (Entrevistado 3)

Fiz até o ensino médio completo. Onde eu nasci? São Paulo, capital. Há muito tempo, desde já os 8 anos, tô com 52, há 44 anos (...) não... não tenho família (...) nunca [es]tive em situação de rua... minha situação é outra aqui por estar abrigado... é por tratar mais da parte financeira e da saúde e por eu não ter nenhum parente legal diretamente ligados... estou aqui no abrigo para se cuidar. Agora, mês que vem faz um ano. Normal... tinha apartamento alugado aqui em Santos, na [avenida] João Pessoa, e o meu dia a dia era normal... trabalhava no projeto Fênix. (Entrevistado 4)

Intimamente ligada à primeira, a classe seguinte, “Motivações e dificuldades de atividades físicas no abrigo” – com 37 das 121 UCE, o que representa 30,58% do *corpus* –, expressiu as vivências, os sentimentos e as vontades dos entrevistados. Nessa classe, foi possível verificar a presença de conceitos relacionados ao esforço físico e a ficar em pé por muito tempo, que emergiram de vocábulos significativos como andar, atividade física, pé e minuto.

Nela também emergiram percepções dos entrevistados sobre o que eles acreditavam ser relevante. Os Entrevistados 2 e 4 reforçaram o entendimento de que a atividade física era importante dentro do abrigo, ao serem questionados sobre a relevância desse fator, conforme os exemplos:

Olha, teoricamente sim... na prática isso dificilmente seria possível... e aqui no abrigo, as pessoas que vêm para cá são muito evasivas... e não sei, é difícil... espero estar errado, mas é complicado a situação. (Entrevistado 2)

Acharia importante, na parte, por exemplo... mais, assim, com relação à fisioterapia, por exemplo... fisioterapêutica que eles falam que é... principalmente eu, por exemplo, sou importantíssimo nessa parte, até inclusive me faltou até quando fui internado no hospital, essa parte, eu achei... senti muita falta dessa parte, porque... (inaudível) tem um hospital de referência, no meu caso, que tem fisioterapia todos os dias. Mas é muito raro ter hospital que tenha fisioterapia. Então acharia muito importante aqui. (Entrevistado 4)

Nessa mesma classe, no entanto, foram ressaltadas as adversidades da população entrevistada para a prática atividades físicas, fosse por terem de ficar em pé por muito tempo, fosse pela dificuldade em andar. Alguns vocábulos que relacionaram os verbos andar e querer também estão próximos de vocábulos limitadores de tempo. Ou seja, houve a percepção de que as atividades físicas impunham uma carga que não podia ser suportada pelos entrevistados – alguns deles com problemas de mobilidade ou de saúde, como obesidade. Seguem alguns exemplos relacionados à Classe 2 associados a esse tema:

Atividade física é um problema para mim, bem sério... me movimentava bastante, nunca deixei de me movimentar quando estava trabalhando; me movimentava bastante mesmo, meu trabalho era muito puxado... eu trabalhava com comércio, era bem puxado mesmo em termos, assim, ficava muito tempo de pé... então nunca fiquei parado, só fiquei parado mesmo quando saí do comércio. Não entrei mais nessa área de trabalhar como vendedor no comércio. (Entrevistado 4)

A minha cabeça é cheia de buraco do acidente; e eu tenho um tornozelo quebrado, e me dói muito, e ando pouco. Não aguento ficar mais que cinco minutos em pé. E a perna esquerda era fraturada, tem cinco centímetros. (Entrevistado 5)

Uma palavra que apareceu como significante nessa classe foi morrer. Esse vocábulo não estava relacionado à morte do entrevistado, mas à morte de amigos ou familiares antes de ele ter adentrado o abrigo. Assim, a palavra fez a ligação entre os significados que emergiram da Classe 1 e da Classe 2, ao relacionar a história de vida dos entrevistados e como eles foram parar em situação de rua e, posteriormente, no abrigo.

A Classe 3, que refletiu as “percepções sobre o tratamento de hipertensão”, representou 39,67% do *corpus* processado, ou seja, 48 das 121 UCE, portanto, a maior classe da análise. Seus elementos relacionaram-se com pressão alta, tratamento medicamentoso e hábitos importantes para o controle da hipertensão arterial. Seu conteúdo englobou conceitos como pressão alta, tomar, médico, internar, comprimido, remédio, bebida, alcoólico, tratamento, policlínica, medicação e serviço de saúde. Os excertos abaixo demonstram que a

formação dessa classe se relacionou com o conhecimento da pressão alta e seu tratamento, perpassando atendimento médico e uso de medicamentos.

Ah... isso foi no ano eu descobri que tinha pressão alta ... estava com problema nas pernas, trombose, há doze anos atrás (...) quase (fiquei internado por conta da pressão alta), na realidade eu fiquei internado, só não fiz o cateterismo, fiquei internado. (Entrevistado 2)

Eu passei mal, muito mal... uma vez, eu era jovem, e como trabalhava em comércio, o comércio é muito puxado, é muito forte (...) aí fiquei em observação, passei pelo médico, e desse momento em diante o médico me passou alguns exames para fazer, e aí eu, entendeu? Eu tinha pressão alta, que eu não sabia que eu tinha, até então... aí comecei a utilizar remédios, pra controlar a pressão... já faz muito tempo que eu já uso (...) tomo losartana potássica 50 miligramas de manhã e à noite, e tomo também o besilato de anlodipino, 5 miligramas de manhã e à noite, também. (Entrevistado 4)

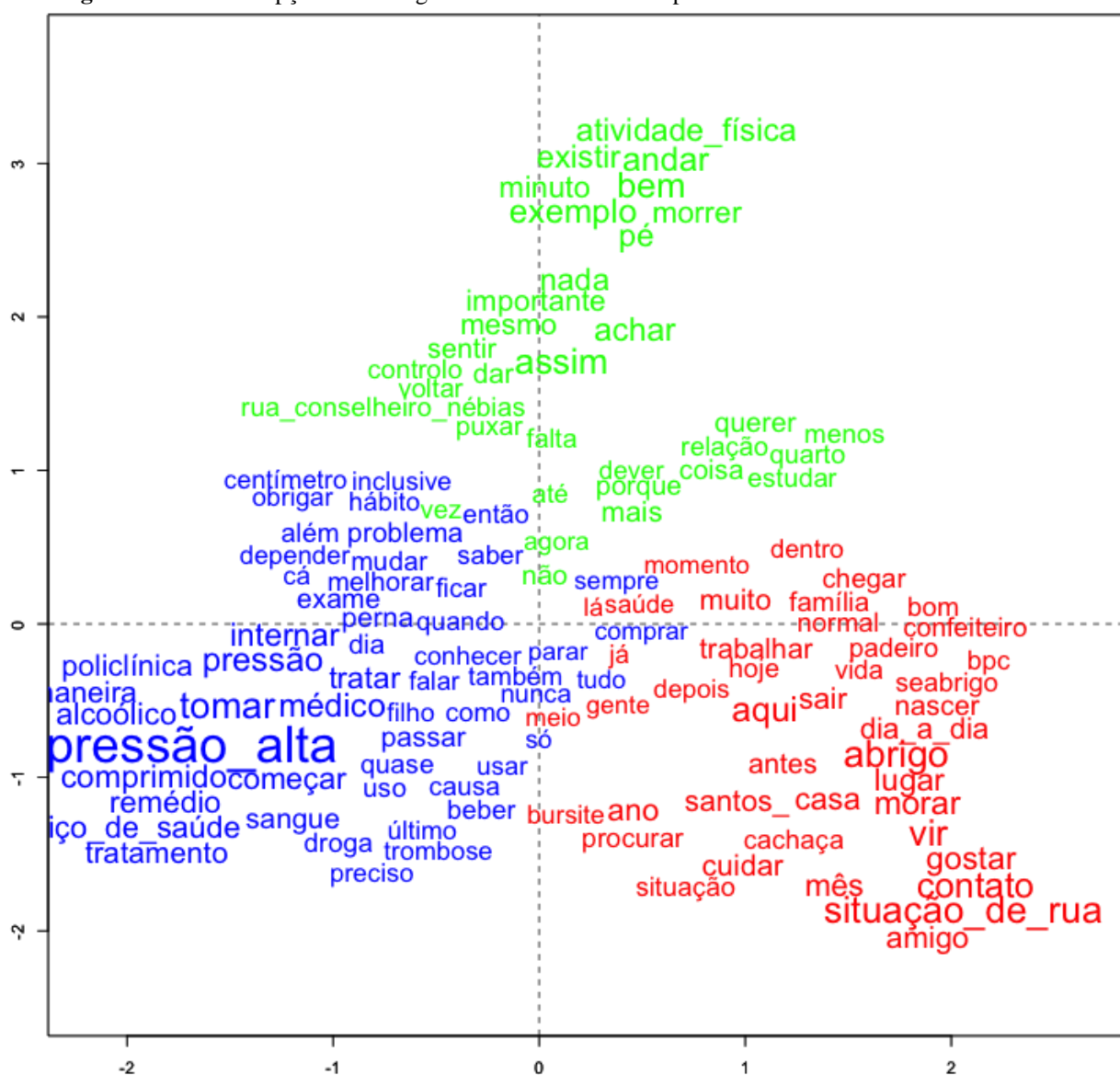
[...] aí eu ia pro ambulatório, me deixavam numa mesa lá em recuperação, tomando inalação e não sei o que mais. Inclusive mandavam eu parar de trabalhar, eu descobri isso aí. Eu passo em tudo que é tipo médico. Eu passo em todos os médicos, [interferência], psicólogo, óculos, dentista. Dentista fez tratamento de dentes total e completo por causa que é tenho pressão alta, próstata vai demorar dois anos. (Entrevistado 5)

Outro método empregado foi a análise fatorial de correspondência, que agrupa as palavras com significação estatística elevada em proximidade com as demais significantes daquela classe. A AFC possibilita verificar quais vocábulos possuem uma maior agregação e quais estão em polos opostos, bem como seu grau de significância. Conforme a Figura 2, a pressão alta teve uma grande relevância para a Classe 3 – “Percepções sobre o tratamento de hipertensão”, na cor azul. As palavras mais próximas dela e com maior destaque foram tomar, comprimido, começar, tratar. Esses vocábulos ressaltaram o que já foi afirmado anteriormente – que essa classe se relacionou com pressão alta e a forma de tratamento, atrelando-se a “tomar” e “comprimido”. Em contraponto, “atividade física” foi a expressão mais distante em relação à pressão alta, pertencente à Classe 2, em cor verde. Ambos os vocábulos, atrelados a andar, não tiveram proximidade com nenhuma palavra relacionada a tratamento, o que demonstra a baixa conexão existente entre esses termos.

As palavras da Classe 2 – “Motivações e dificuldades de atividades físicas no abrigo” – que mais se aproximaram da Classe 3, mesmo com baixo valor estatístico, foram “agora” e “não”. Ambos os vocábulos expressaram a baixa disposição dos entrevistados de se envolverem com atividades físicas para o tratamento da hipertensão arterial.

Eles também estiveram próximos do núcleo da Classe 1 – “Percepções de acolhimento no abrigo”, que aglutinou a vida no abrigo, as percepções dos usuários, como eles foram parar lá e o seu dia a dia. Dessa forma, as palavras “agora” e “não” relacionaram-se com os hábitos diários dos entrevistados dentro do abrigo, tendo elo com conceitos como “atividade física”.

Figura 2. AFC: Percepções dos abrigados sobre controle de hipertensão.



Azul: Classe 3; Verde: Classe 2; Vermelho: Classe 1

Elaborado com assessoria técnica e analisados por meio de softwares



6 DISCUSSÃO

Nos resultados da pesquisa foram reconhecidas três classes analíticas conforme a ocorrência e a frequência das palavras, assim definidas: Classe 1 – Percepções de acolhimento no abrigo; Classe 2 – Motivações e dificuldades de atividades físicas no abrigo; e Classe 3 – Percepções sobre o tratamento de hipertensão arterial. Cada uma delas possibilitou a descrição do perfil dos entrevistados de maneira coletiva, porém representada por expressões do próprio entrevistado.

A Classe 3 é a de maior representatividade, estando seus elementos relacionados a pressão alta, tratamento, medicação e hábitos importantes para o controle da hipertensão arterial. Seu conteúdo engloba conceitos como pressão alta, tomar, médico, internar, comprimido, remédio, bebida, alcoólico, tratamento, policlínica, medicação e serviço de saúde – exemplificadas pelas respostas, entre outras, às perguntas de 15 a 17, presentes no Anexo 2. A formação dessa classe se relaciona com o conhecimento da pressão alta e seu tratamento, que perpassa por atendimento médico e utilização de medicamentos. Assim como descrevem Miranda e colaboradores (2021), o reconhecimento da hipertensão arterial pelo usuário reflete a percepção de sua condição clínica e seu tratamento. Essa percepção repercute na adesão ao tratamento, influenciando “[...] na sua qualidade de vida, interferindo em suas condições de saúde” (BRITO et al., 2008, p. 933).

A primeira e a segunda classes analíticas encontram-se muito próximas; nelas é possível encontrar a vivência, as percepções e os sentimentos em relação ao abrigo, demonstrados na Classe 1, por meio de palavras como vir, morar, gostar, sair, cuidar e trabalhar, reforçadas pelas expressões “morador de rua” e “dia a dia”, que colaboram para a estruturação dessa classe, e exemplificadas pelo discurso do próprio entrevistado, presente no texto, que corresponde às perguntas de 1 a 13. Na Classe 2 também surgem expressões que identificam a importância da atividade física dentro do abrigo, como andar, atividade física, pé e minuto – elas assim aparecem quando o entrevistado é questionado sobre esse tema,

podendo ser observadas na resposta à pergunta 28. Nesse caso, diretamente ligados ao controle da hipertensão,

[...] a existência de condições ambientais e infraestrutura que proporcionem alguma facilidade à prática de atividade física, a percepção do estado de saúde e a força de vontade são aspectos que contribuem para uma vida mais ativa fisicamente e melhor controle da pressão alta (MIRANDA et al., 2021, p. 80).

Nessa mesma classe aparecem afirmações que exprimem a dificuldade do entrevistado em realizar alguma atividade física, com a presença de palavras que correspondem a vocábulos limitantes a essa prática, que podem ser encontrados nas perguntas 18, 24 e 27. No resultado da análise foi ainda observada uma baixa disposição dos entrevistados a praticar essas atividades como tratamento para a hipertensão.

Se forem levados em consideração os resultados apresentados pela análise textual, os entrevistados, embora não relacionem a atividade física ao tratamento da hipertensão, julgam importante essa prática dentro do abrigo. Tal fato é corroborado pela pesquisa de Miranda e colaboradores (2021), na qual foi formado um grupo ou comunidade para proporcionar interação social, construção e fortalecimento de amizades e estimular o empenho no autocuidado.

Durante das entrevistas, foi possível observar, por parte do entrevistador, as reações emocionais apresentadas pelos participantes quando da abordagem relativa aos aspectos sociais. Tais reações foram expressas por sentimentos que variavam da indiferença – demonstrada por aqueles que não possuíam vínculo com a família e/ou amigos – ao sentimento de carência – observado entre os que mantinham algum vínculo, porém frágil. O aparecimento do verbo “morrer” nas falas dos entrevistados, ainda que se referisse à morte de parentes, demonstrava um sentimento de sua própria morte simbólica. Dos seis participantes, três não se consideravam em situação de rua, tendo o abrigo como referência.

Quando realizada a abordagem relativa aos aspectos clínicos, com perguntas que delimitavam a saúde, um dos entrevistados não reconheceu ter pressão alta, embora mantivesse acompanhamento clínico, confirmado por um receituário com prescrição de medicamento hipotensor.

Um dos participantes respondeu que já havia apresentado dificuldade para acessar o serviço de saúde e tido um revés com o profissional médico. Essa conduta demonstra o “[...] preconceito e a discriminação que a PSR enfrenta nos serviços de saúde, seja vindo de profissionais, de outros pacientes, ou mesmo na priorização de condutas mais autoritárias ou

restritivas de autonomia, exclusivamente por se tratar de PSR” (Brito e Silva, 2022, p. 156). Assim, foi possível constatar na fala do entrevistado uma percepção já presente no estudo de Cunha e colaboradores (2020, p. 2), qual seja, o

[...] despreparo dos ambientes institucionalizados para tratar as suas especificidades, assim como as transgressões que ocorrem nesses locais por meio da exigência da documentação, da restrição no atendimento de demanda espontânea e do preconceito.

Em relação ao tratamento da hipertensão, embora dois entrevistados tenham afirmado conhecer algum diverso ao medicamentoso, quatro deles achavam importante a prática de atividade física no abrigo e três se sentiam motivados a isso.

A partir dessa abordagem, foram feitas perguntas relativas ao tratamento não medicamentoso da hipertensão, mais especificamente quanto à atividade física e sobre ser esta realizada dentro do abrigo. Consequentemente, foi possível observar um estímulo à mudança no estilo de vida, que “[...] somente será concretizada quando as demais pessoas que convivem no mesmo espaço também participarem deste processo, já que influenciarão na adesão do hipertenso ao tratamento” (BEZERRA et al., 2010, p. 504). Desse modo, postulam os autores, o abrigo é então reconhecido como “[...] o espaço, principalmente no referente aos comportamentos dos que o ocupam, influência de forma positiva ou negativa, no seguimento do tratamento não-farmacológico destes doentes” (BEZERRA et al., 2010, p. 504).

Durante a entrevista, assim como no decorrer dos convites, foi possível constatar o estado de motivação de cada um dos participantes, estando eles na fase de pré-contemplação e contemplação. Contudo, “[...] a demonstração de uma associação positiva entre o nível de atividade física e a qualidade de vida pode ser um fator de motivação para os adultos se tornarem ativos” (ALMEIDA, 2013, p. 55). Essa leitura não analítica da entrevista vem ao encontro do resultado apresentado pela análise textual.

É responsabilidade do SUS “[...] funcionar como ferramenta essencial à garantia do acesso à saúde por essa população, muito embora a atual disposição seja, por diversas vezes, ineficiente” (CUNHA *et al.*, 2020, p. 2), porque as políticas públicas voltadas para essas pessoas são implementadas de forma isolada e fragmentada, com importantes limitações na sua prática. Daí a importância de aprofundar o

[...] entendimento sobre construção de identidade no contexto de uma população vulnerável pode auxiliar projetos terapêuticos singulares que promovam diminuição do sofrimento psíquico e aumento da autoestima e do reconhecimento social de cidadania da PSR (BRITO, SILVA, 2022, p. 152).

Para o enfrentamento desse complexo cenário, Almeida (2013) sugere seguir as cinco ações prioritárias na promoção da saúde postuladas pela Organização Mundial de Saúde (2008, p. 24): “[...] conceber políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, fortalecer as ações de apoio comunitário, desenvolver habilidades/competências pessoais e reorientar os serviços de saúde”.

Na Secretaria de Saúde de Santos, existem projetos que buscam a prática da atividade física e estimulam a adesão ao tratamento, assim como possibilitam e reforçam os vínculos afetivos. Entre eles estão o Pelotão da Saúde e o Movimento-se com a Música e a Dança. Para otimizar a adesão da população santista a essas iniciativas, porém, é preciso ampliar o olhar, conforme Valle, Farah e Carneiro Júnior (2020, p. 183):

Conhecer as dificuldades que afetam o processo saúde-doença-cuidado desse grupo populacional é condição fundamental para contribuição na formulação e implantação de políticas públicas e serviços que respondam efetivamente às suas necessidades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa foi possível observar que o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica estimula a mudança no estilo de vida de pessoas em situação de ruas. Para tanto, é importante que seja ofertada atividade física nos espaços de políticas públicas, no caso ora estudado o Seabrigio-AIF da cidade de Santos, no litoral Sul do estado de São Paulo. Igualmente, foi possível observar a aceitação e a participação dessa prática por parte dos entrevistados, a partir da motivação de cada um.

Projetos consolidados na rede de saúde local podem ser introduzidos e ofertados no referido serviço. Isso, porém, exige o fortalecimento da articulação intersetorial, na qual foi possível constatar uma fragilidade no que tange à comunicação entre os serviços das diversas secretarias municipais. Além disso, observa-se uma despolarização das políticas públicas disponibilizadas para PSR, assim como a violação do princípio de equidade que orienta o próprio SUS. Tais achados estão em consonância com estudo conduzido por Brito e Silva (2022), que constatou que a maior parte da população em situação de rua não é atendida por programas de inclusão social.

A criação e a implementação de políticas públicas voltadas para a PSR, assim como o fortalecimento daquelas já existentes, possibilitariam o resgate da autoestima dessas pessoas e, conseqüentemente, estimularia a mudança no seu estilo de vida.



UNIVERSIDADE
**CATÓLICA
DE SANTOS**

ANA CLARA FERREIRA BENTO FELIPE

O Produto Técnico: Caderneta de Entrevista Motivacional “Pintando o Quinto” apresentado à Banca Examinadora da Universidade Católica de Santos, foi extraído da Dissertação intitulada “Fatores motivacionais envolvidos na mudança do comportamento de pessoas em condição de rua com diagnóstico de hipertensão arterial” como proposta científica inovadora para a pesquisa realizada por Ana Clara Ferreira Bento em 2023.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Toschi Dias.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO PROFISSIONAL
PSICOLOGIA, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

ANA CLARA FERREIRA BENTO FELIPE

**CATEGORIA DO PRODUTO TÉCNICO: CADERNETA DE
ENTREVISTA MOTIVACIONAL “PINTANDO O QUINTO”**

**SANTOS
2023**

ANA CLARA FERREIRA BENTO FELIPE

**CATEGORIA DO PRODUTO TÉCNICO: CADERNETA DE
ENTREVISTA MOTIVACIONAL “PINTANDO O QUINTO”**

Produto técnico: Caderneta de entrevista motivacional “Pintando o Quinto” apresentado à Banca Examinadora da Universidade Católica de Santos, como exigência parcial para o exame de defesa de dissertação para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Toschi Dias
Coorientadora: Profa. Dra. Eliana Miura
Zucchi

SANTOS

2023

FELIPE, A. C. F. B. Produto Técnico: Caderneta de entrevista motivacional “Pintando o Quinto”. 88 pp. Curso de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, Santos, 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edgar Toschi Dias
Universidade Católica de Santos

Prof. Luzana Mackevicius Bernardes
Universidade Católica de Santos

Prof. Dr. Mirià Benincasa Gomes
Universidade Católica de Santos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas

Área de Concentração: Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas

Linha de Pesquisa: Gestão, Práticas Psicológicas em Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social

FELIPE, A. C. F. B. **Produto Técnico: Caderneta de entrevista motivacional “Pintando o Quinto”**. 88 pp. Curso de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, Santos, 2023.

RESUMO

O produto técnico PINTANDO O QUINTO é resultado da pesquisa “Fatores motivacionais envolvidos na mudança do comportamento de pessoas em condição de rua com diagnóstico de hipertensão arterial”, realizada no Programa de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos. O estudo teve como objetivos identificar as motivações para a aceitação do tratamento não medicamentoso associado ao medicamentoso pela população em situação de rua acolhida em abrigo institucional da prefeitura de Santos (SP), e, especificamente no caso daquelas com diagnóstico de hipertensão arterial: a) descrever as características de cada portador sob o aspecto clínico e social; e b) analisar e apresentar o estágio motivacional no qual o paciente se encontra. A análise textual da pesquisa foi realizada pelo programa de software IRAMuTeQ, em articulação com a leitura não analítica das entrevistas. A partir de seus resultados foi elaborado o produto técnico, no formato de uma caderneta constituída por duas seções. Uma, a ser preenchida pelo usuário, com perguntas abertas, relativas à pressão arterial e hábitos de vida, em particular atividade física, possibilita que ele próprio identifique a fase motivacional em que se encontra, através da adaptação do modelo transteórico de mudança de comportamento para uma linguagem acessível. A outra seção, para uso do profissional, identifica a fase motivacional do usuário e a execução da entrevista motivacional.

Palavras-chave: população em situação de rua, teoria da autodeterminação, modelo transteórico.

FELIPE, A. C. F. B. **Technical Product: Motivational interview notebook “Painting the Fifth”**. 88 pp. Professional Master's Course in Psychology, Development, and Public Policy of the Catholic University of Santos, Santos, 2023.

ABSTRACT

The technical product PAINTING THE FIFTH is the result of research carried out for the Professional Master's Program in Psychology, Development and Public Policy at the Catholic University of Santos. With the title “Motivational factors involved in changing the behavior of homeless people diagnosed with arterial hypertension”, the study aimed to identify the motivations for accepting non-drug treatment associated with medication by the homeless population welcomed in institutional shelter of the city of Santos (SP), and specifically those with a diagnosis of arterial hypertension: a) describe the characteristics of each patient from the clinical and social aspect; and b) analyze and present the patient's motivational stage. The textual analysis of the research was carried out using the IRAMuTeQ software program, in conjunction with the non-analytical reading of the interviews. Based on these results, a technical product was developed, in the format of a booklet consisting of two sections. One, to be filled in by the user, with open questions related to blood pressure and life habits, in particular physical activity, enables the user to identify the motivational phase he/she is in, through the adaptation of the transtheoretical model of behavior change to an accessible language. The other section, for use by the professional, identifies the motivational phase of the user and the execution of the motivational interview.

Keywords: homeless population, self-determination theory, transtheoretical model

SUMÁRIO

CATEGORIA DO PRODUTO TÉCNICO: CADERNETA DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL “PINTANDO O QUINTO”

1	INTRODUÇÃO	51
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	53
2.1	Entrevista motivacional	53
2.2	Teoria da autodeterminação.....	56
2.3	Modelo transteórico de mudança.....	58
3	OBJETIVOS	60
3.1	Geral.....	60
3.1.1	Específicos.....	60
4	METODOLOGIA E USO DA CADERNETA PINTANDO O QUINTO	61
4.2	Cronograma	62
4.3	Caderneta pintando o quinto	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS DO PRODUTO	70
	REFERÊNCIAS	72
	ANEXO 1	77
	ANEXO 2	80
	ANEXO 3	82
	ANEXO 4	83
	ANEXO 5	87

1 INTRODUÇÃO

O projeto ora apresentado é resultado do estudo “Fatores motivacionais envolvidos na mudança do comportamento de pessoas em condição de rua com diagnóstico de hipertensão arterial”, concebido a partir de inquietações da pesquisadora, que no período da sua elaboração integrava o Consultório na Rua, equipes multidisciplinares que prestam serviços de atenção integral à saúde da população em situação de rua (PSR), no município de Santos (SP). Nas abordagens realizadas por esse serviço, além das doenças infectocontagiosas, foi possível identificar portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a de maior incidência.

Tal agravo caracteriza-se pelo aumento persistente da pressão arterial (PA), e, quando não controlada, provoca lesões estruturais e funcionais em órgãos alvo (LOA), tais como vasos, coração, cérebro, rins e retina, causando grande impacto social e econômico (BARROSO et al., 2020). Tem como fatores de risco, dentre outros, os ambientais e socioeconômicos, tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo, diretamente presentes na população em situação de rua.

A prevenção primária e o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial se fundem, sendo caracterizados pelo estilo de vida saudável, pela cessação ou redução do alcoolismo e tabagismo, pelo controle do peso, pela redução na ingestão de sal e pela prática de atividade física. Considerando a mudança do comportamento a partir do tratamento não medicamentoso da PA, bem como a dificuldade de instituí-lo no território esses indivíduos vivem, foi idealizada a pesquisa em um abrigo institucional mantido pela prefeitura de Santos.

A pesquisa teve como objetivo geral identificar as motivações para a aceitação do tratamento não medicamentoso associado ao medicamentoso pela PSR acolhida no Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Família em Situação de Rua – Adulto, Idoso e Família (Seabrigo-AIF), serviço público municipal de acolhimento. O estudo focou, especificamente, em pessoas em condição de rua com diagnóstico de hipertensão arterial, com vistas a 1) descrever as características de cada portador sob o aspecto clínico e social; e 2) analisar e apresentar o estágio motivacional do paciente.

Uma vez que a instituição apresenta suporte técnico nutricional, realizado pela Seção de Nutrição da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (Senutri-SEDS), e conta com equipe multiprofissional em seu quadro funcional, portanto, apta a ofertar suporte em outros tópicos do tratamento não medicamentoso, foi priorizada na pesquisa a atividade física.

Porém, para ser praticada de maneira programada e regular. Apesar de os entrevistados não compreenderem a atividade física como parte do tratamento da hipertensão arterial e não apresentarem motivação em realizá-la para esse fim, eles a consideraram importante, assim como declararam que aceitariam sua prática no Seabrigo.

A mudança do comportamento pretendida no tratamento não medicamentoso tem na motivação um importante fator desencadeante, podendo a identificação do estágio em que o usuário se encontra ser feita por profissionais de diferentes carreiras, o que corrobora a efetivação do projeto em abrigos. Ou seja, considerando o perfil multiprofissional da instituição, ela torna-se um território que possibilita o tratamento não medicamentoso. E esse é um facilitador para implementação de projetos que contribuam para esse fim.

Pelo enfoque do modelo transteórico, durante a entrevista, e posteriormente confirmado na sua análise, foram identificados usuários na fase de pré-contemplação e contemplação. E, com base nos resultados foi estruturado este produto técnico, nomeado PINTANDO O QUINTO. Ele atua como um instrumento facilitador para a equipe multiprofissional identificar o estágio de motivação e promover ações no processo motivacional do usuário, apoiando-o a ascender cada degrau da escada. O produto tem na entrevista motivacional (EM) a técnica para abordagem do usuário. Isso porque, conforme Dias (2009, p. 11), “[...] o conceito de motivação inspirou a formulação de uma intervenção terapêutica chamada entrevista motivacional.”

A EM tem eficácia comprovada em diferentes áreas de saúde, dentre as quais “[...] no tratamento de doenças como hipertensão, diabetes, comorbidades psiquiátricas e transtornos alimentares, é uma intervenção de baixo custo e facilmente aplicável em qualquer ambiente de saúde ou na comunidade” (FIGLIE, GUIMARÃES, 2014, p. 486). Para esses autores, uma vez que tal abordagem tem uma meta específica, resolver a ambivalência, deve ser compreendida como intervenção de caráter breve, “[...] podendo, assim, ser utilizada por uma ampla gama de profissionais em diferentes serviços” (FIGLIE, GUIMARÃES, 2014, p. 474).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Entrevista motivacional

A EM é uma intervenção terapêutica criada pelo psicólogo norte-americano William Miller, sob influência do conceito de motivação. De acordo com Dias (2009), ela tem como objetivo principal a mudança do comportamento, sendo utilizada para vários propósitos, como práticas de dieta saudável e esportiva, bem como promoção da saúde.

É uma técnica de abordagem não confrontativa e semiestruturada, que identifica e trabalha com a motivação da pessoa, já que é centrada nas suas necessidades e experiências. Estimula a auto eficácia a partir do momento em que o indivíduo consegue realizar as mudanças propostas e, assim, gera um forte impulso para mudar hábitos e estilo de vida (DIAS, 2009, p. 12).

Na entrevista motivacional diferentes intervenções são propostas, segundo o estágio em que o cliente se encontra, com a finalidade de aumentar a adesão ao tratamento (LASTE, SUSIN, OLIVEIRA, 2013, p. 16).

As conquistas de mudança de comportamento, por menores que sejam, podem aumentar a autoeficácia, o que, por sua vez, pode estimular a busca de novas mudanças. Formar um "pequeno" hábito saudável pode, assim, aumentar a autoconfiança para trabalhar em direção a outros hábitos promotores de saúde (GARDNER, LALLY e WARDLE, 2010 ,12º parag.).

Miller e Rollnick (2002, apud Cunha, 2008, p. 4) definem a EM como um “[...] método centrado no cliente, diretivo, para intensificar a motivação intrínseca para a mudança, e explorando e resolvendo a ambivalência [...]”, sendo considerada diretiva porque “[...] intencionalmente dirigida à resolução da ambivalência, frequentemente numa direção particular de mudança”.

Em Jungerman e Laranjeira (2013, p. 3), a entrevista motivacional é descrita como não diretiva, pois não propõe soluções ou sugestão ao cliente. Para esses autores, a abordagem oferece condições de crítica que propiciam a ele o espaço para uma mudança natural. Para esses autores, no entanto,

[...] há um componente diretivo, já que o terapeuta mantém sempre um propósito e uma direção (que é auxiliar o cliente a lidar com sua ambivalência e conseqüentemente possibilitar mudança) e, muitas vezes, escolhe ativamente o momento certo de intervir, de modo a facilitar esta meta (JUGERMAN, LARANJEIRA, 2013, p. 3).

Já Figlie e Guimarães (2014) entendem essa abordagem como um estilo de conversa colaborativa focada no fortalecimento da própria motivação dela participa e no seu comprometimento com a mudança. A eficácia da EM é reconhecida, entre outras intervenções, no “[...] tratamento de doenças como hipertensão, diabetes, comorbidades psiquiátricas” (FIGLIE, GUIMARÃES, 2014, p. 486), sendo de baixo custo e aplicável em diferentes serviços de saúde ou na comunidade.

Importante dizer, ainda, que a abordagem preconiza o uso do termo “cliente” em substituição à “paciente”, pois aquele tem papel ativo na mudança enquanto este está condicionado à ação de um agente (DIAS, 2009, p. 13).

Na área da saúde e reabilitação, a entrevista motivacional é frequentemente utilizada na prática clínica, apontam Souza, Heinen e Oliveira (2020), observando que essa é uma abordagem recorrente também no serviço social e na educação. Nos serviços de atenção primária ela é adequada por estar baseada em dois conceitos: “[...] o de prontidão para a mudança e o de ambivalência” (ANDRETTA et al., 2014, p. 16). Por ser aplicável em diferentes serviços (SOUZA, HEINEN, OLIVEIRA, 2020), a abordagem delega aos profissionais a responsabilidade por “[...] estimular a motivação do cliente, buscando aumentar a possibilidade de mudança sem, ao mesmo tempo, impor à pessoa um curso de ação que não seja apropriado ao seu momento pessoal” (JUNGERMAN, LARANJEIRA, 2013, p. 6)

A entrevista motivacional é norteada por quatro princípios básicos, segundo esses autores:

- 1) pela empatia em aceitar o cliente sem críticas ou julgamentos;
- 2) por desenvolver a discrepância entre o comportamento atual e os objetivos mais amplos;
- 3) por diminuir a resistência ao não fazer oposição ao cliente, mostrando novas possibilidades sem a imposição delas; e
- 4) por estimular a autoeficácia, que é “[...] a crença da própria pessoa na sua habilidade de executar uma tarefa. Autoeficácia é considerada um elemento chave no processo de motivação para mudança, é um bom fator preditivo do sucesso do tratamento”. (JUNGERMAN, LARANJEIRA, 2013, p. 7).

As orientações em cada fase do processo estão representadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Orientações dispensadas em cada fase do processo de modificação do comportamento.

ESTÁGIOS	TAREFAS	ESTRATÉGIAS
Pré-contemplativo	<ul style="list-style-type: none"> - Priorizar o hábito; - Trabalhar a ambivalência e a resistência; - Estimular a autoeficácia e automotivação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatia; - Apoio narrativo; - Escuta reflexiva; - Evitar armadilhas; e - Remover resistência.
Contemplativo	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a discrepância. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatia; e - Escuta reflexiva.
Preparação	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o indivíduo a verbalizar o desejo de mudança; e - Ajudar a eleger a melhor estratégia e um plano de ação 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatia; e - Perguntas ativadoras.
Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a autoeficácia; e - Informar sobre planos que tiveram êxito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatia; - Apoio narrativo; e - Perguntas ativadoras.
Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir recaídas; e - Aumentar a autoeficácia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatia; e - Identificação de situações de risco e elaboração de planos para evitá-las.
Recaída	<ul style="list-style-type: none"> - Reconstruir positivamente o processo; e - Estimular a autoeficácia e automotivação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatia; - Acolhimento; - Apoio emocional; e - Reestruturação positiva.

Fonte: Dias (2009)

No estudo de Silveira (2019, p. 17) tem-se a hipótese de que a EM, em comparação aos atendimentos convencionais, reduz a pressão arterial sistólica e diastólica, melhorando “[...] o autocuidado e a adesão ao tratamento no seguimento de seis meses com consultas mensais, presenciais e individuais a pacientes hipertensos”. Para Cunha (2008, p. 18), a autorregulação da motivação “[...] parece ser um caminho essencial para a consciência de si como um ser autónomo, competente e congruente, e como apaziguadora de conflitos internos, logo, geradora de bem-estar.”

2.2 Teoria da autodeterminação

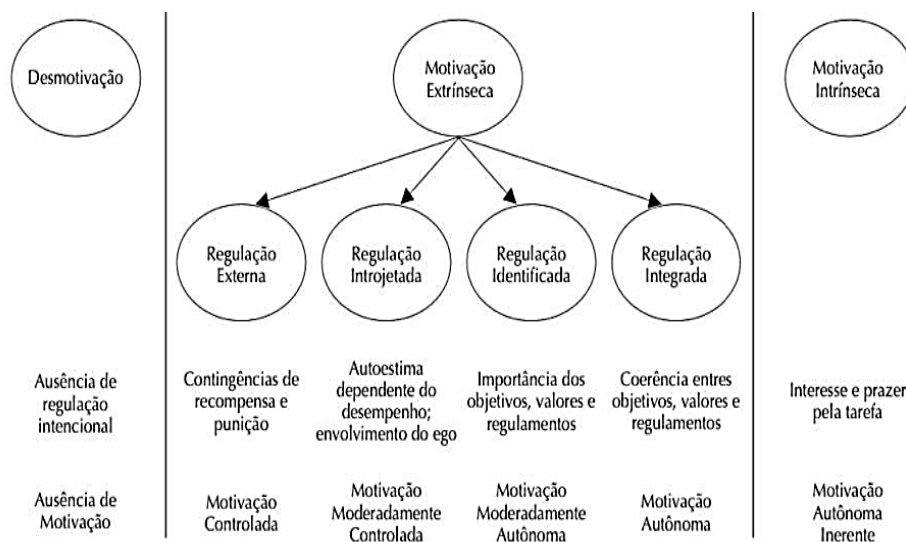
Várias definições são encontradas para o termo motivação, como exposto na dissertação que sustenta este produto técnico. Em Pansera et al. (2016, p. 314), ela “[...] é a força que emerge, regula e sustenta as ações de cada indivíduo [...]”, não tendo uma característica estável no comportamento humano. Isso porque o indivíduo se modifica conforme as circunstâncias às quais está exposto.

Segundo Leal, Miranda e Carmo (2013, p. 164), a motivação pode ser explicada pela teoria da autodeterminação (TAD), que

[...] faz uma importante distinção entre duas diferentes questões motivacionais: porque versus para que. Qual é o objetivo de sua atividade e por que você quer realizar esse objetivo; quais são as razões que o levam ao esforço para atingir esse objetivo? (LENS, MATOS, VANSTEENKISTE, 2008, apud LEAL, MIRANDA, CARMO, 2013, p.164).

De acordo com esses autores, em cada indivíduo a motivação é orientada e determinada conforme o momento e as necessidades psicológicas. Existem dois tipos de motivação, a intrínseca e a extrínseca, podendo ser representadas na Figura 1.

Figura 1 – *Continuum* de autodeterminação.



Leal, Miranda e Carmo (2013, p. 164)

Em Pedersini, Antonelli e Petri (2019, p. 4), exemplificando cada um dos tipos de motivação, encontramos o seguinte quadro para definição de motivação extrínseca e intrínseca.

Tipo de Motivação	Definição	Suporte Técnico	Forma qualitativa da Motivação
Desmotivação	O indivíduo não apresenta interesse proativo, não encontrando relação positiva entre seu comportamento e os resultados alcançados.	Machado e Alves (2013)	Controlada
Regulação Externa	Representa a fase em que a pessoa reage apenas por recompensas ou para evitar punições.	Leal et al. (2013)	
Regulação Introjetada	O indivíduo administra as consequências por meio do resultado de pressões internas, como culpa e ansiedade.	Leal et al. (2013)	
Regulação Identificada	Mesmo a razão por realizar determinada tarefa ser externa, já ocorre a presença de alguma interiorização.	Leal et al. (2013)	Autônoma
Regulação Integrada	Se trata da forma de Motivação Extrínseca mais autônoma, mas ainda há indícios de benefícios pessoais.	Guimarães e Bzuneck (2008)	
Motivação Intrínseca	As ações são realizadas pelo prazer proporcionado pelas atividades, em que esta é vista como um fim em si mesma.	Guimarães e Bzuneck (2008) e Leal et al. (2013)	

Esses mesmos autores referem duas formas qualitativas de motivação, a autônoma e a controlada. A primeira compreende a motivação intrínseca e as formas de maior autorregulação da motivação extrínseca, devido à existência dos seguintes componentes da autodeterminação: locus interno; liberdade psicológica; e possibilidade de escolha. A motivação controlada, por sua vez, é influenciada por variáveis externas e não é tão eficaz quanto a autônoma.

Os conceitos de motivação apresentados podem “[...] auxiliar na elaboração de estratégias motivacionais direcionadas a grupos populacionais específicos [...]”, assim como apoiar os profissionais que atuam na área da saúde pública (LEGNANI et al., 2011, 40º parag.).

Refletindo a afirmação acima, em 1998 a Organização Mundial da Saúde preconizou intervenção em cinco áreas prioritárias: a promoção da saúde; a criação de políticas públicas e ambientes favoráveis à saúde; o fortalecimento de ações de apoio comunitário; o desenvolvimento de habilidades/competências pessoais; e a reorientação de serviços de saúde (OMS apud ALMEIDA, 2013, p. 24).

2.3 Modelo transteórico de mudança

Em 1982, Prochaska e DiClement desenvolveram o modelo transteórico de mudança (MTT), aperfeiçoado por Prochaska, DiClement e Norcross em 1992. Trata-se de “[...] uma das mais inovadoras propostas na área da saúde, em razão de sua capacidade de descrever e explicar as diferentes etapas comuns na maioria dos processos de mudança de comportamentos” (CABRERA, GUSTAVO, 2000, apud SUSIN, 2013). Esses processos são definidos “[...] como estratégias comportamentais e experienciais específicas, que promovem a mudança na motivação e/ou comportamento, com o objetivo de ajudar a pessoa a avançar por entre os estágios” (SUSIN, 2013, p. 19)

Conforme Prochaska et al. (1992, apud ALMEIDA, 2013), as cinco fases da mudança de comportamento ocorrem de modo sucessivo. Mas não necessariamente no padrão linear. Isso porque a evolução de cada fase está condicionada às “[...] tentativas de mudança com as recaídas aos estágios iniciais, antes de progredir para o estágio de manutenção” (SUSIN, 2013, p. 19), o que caracteriza um padrão em espiral.

Essas cinco fases são descritas a seguir.

Quadro 2 – Fases do modelo transteórico de mudança de comportamento.

Fase de pré-contemplação	Ainda não há intenção de mudar.
Fase de contemplação	A pessoa considera ou pensa na mudança.
Fase de preparação	A pessoa inicia pequenas mudanças.
Fase da ação	A pessoa está ativamente envolvida na mudança.
Fase de manutenção	A mudança é mantida ao longo do tempo.

Fonte: adaptado pela autora a partir de em Almeida (2013)

Para Ludwig et al. (2021, p. 2), o MTT “[...] oferece uma abordagem que integra diferentes abordagens para entender e a intervir na mudança.” Para esses autores, os pontos principais do modelo são os processos de mudança, que capacitam a pessoa a se deslocar de um estágio para o outro em fases pelas quais a pessoa passa quando está no “[...] processo de mudança intencional” (LUDWIG et al., 2021, p. 2). Fundamentais, esses aspectos são representados no quadro abaixo.

Quadro 3 – Processos de mudança e estágios de mudança.

Processos de mudança		Estágios de mudança
<p>Processos cognitivo-experienciais: característicos dos estágios iniciais de mudança (PCP)*</p>	<p>Processos comportamentais: mais frequentes nos estágios finais (AM)**</p>	
<p>(1) Ampliação da consciência: fundamental em programas de prevenção e tratamento, caracterizado pela conscientização sobre o comportamento e a necessidade de mudança.</p>	<p>(1) Autodeliberação: relacionada à decisão de mudar e ao comprometimento em modificar padrões de comportamento em busca de um novo hábito.</p>	<p>(1) Pré-contemplação: diz respeito ao momento em que o indivíduo não reconhece um problema, portanto, não apresenta intenção de mudar nos próximos seis meses. Nessa fase, ele não identifica riscos associados ao seu comportamento.</p>
<p>(2) Alívio emocional: pode realçar/aumentar o valor do comportamento atual ou do novo comportamento, assim como diminuir seus valores ou a necessidade desses comportamentos. O alívio emocional interage e contribui para os processos de ampliação da consciência e os processos de reavaliação.</p>	<p>(2) Controle ou generalização de estímulos: criar, mudar ou evitar os estímulos que levam a um comportamento em particular.</p>	<p>(2) Contemplação: quando a pessoa passa a reconhecer um problema, mas ainda segue querendo manter os mesmos comportamentos. Fase em que predomina a ambivalência em realizar mudanças.</p>
<p>3) Autorreavaliação: envolve considerar como os comportamentos atuais e/ou os novos comportamentos se ajustam a atuais aspirações, valores, crenças e objetivos.</p>	<p>(3) Condicionamento ou contra condicionamento: fazer novas conexões entre determinados estímulos e os comportamentos por ele provocados.</p>	<p>(3) Preparação: ocorre quando o indivíduo começa a planejar formas de efetivar uma mudança, dentro dos próximos 30 dias.</p>
<p>(4) Reavaliação circundante: referente à forma que o comportamento atual é útil ou proveitoso no ambiente/contexto em que se vive.</p>	<p>(4) Gerenciamento de reforço – entender, criar e mudar as contingências do ambiente que reforçam o comportamento.</p>	<p>(4) Ação: quando ele efetivamente dá os primeiros passos.</p>
<p>(5) Deliberação social: caracteriza-se por engajar o indivíduo em perceber e aumentar as alternativas e oportunidades que o ajudam a iniciar novos hábitos e perceber as que facilitam a manutenção de como está.</p>	<p>(5) Relações de ajuda: também interpretada como suporte social, tem sido considerado um elemento fundamental na iniciação, modificação e cessação de comportamentos.</p>	<p>(5) Manutenção: é caracterizado pela sustentação da mudança por pelo menos seis meses.</p>

Fonte: Ludwig et al. (2021), com adaptação da autora. *PCP (pré-contemplação, contemplação e preparação); **AM (ação e manutenção).

O conhecimento do modelo transteórico, ressaltam Ludwig et al. (2021, p. 10), “[...] amplia a compreensão do profissional da saúde sobre a motivação humana e o processo de mudança, podendo instrumentalizá-lo para favorecer a adesão dos pacientes a comportamentos mais saudáveis.” Além disso, ponderam esses autores, há muitas “[...] evidências empíricas de efetividade para mudança de comportamentos em saúde geral, promoção de alimentação saudável e adesão à atividade física” (LUDWIG et al., 2021, p. 3).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Promover a mudança no estilo de vida de pessoas em situação de rua com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

3.1.1 Específicos

Em pessoas em situação de rua com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica:

- A) Identificar o estágio de comportamento;
- B) Motivar a mudança de comportamento; e
- C) Acompanhar a efetividade da entrevista motivacional.

4 METODOLOGIA E USO DA CADERNETA PINTANDO O QUINTO

Este produto técnico foi idealizado em formato de caderneta, dividida em duas seções. Uma é destinada ao usuário e a outra, ao profissional.

A primeira seção visa a expor o autoconhecimento do usuário em relação ao estágio de motivação em que se encontra antes de iniciar o acompanhamento, apresentando propostas para a promoção da mudança de comportamento. Ela foi construída com roteiro de perguntas abertas, de modo que o usuário possa se expressar espontaneamente e, assim, fornecer informações de si a respeito do agravo. Elaborado pela pesquisadora, que adaptou o modelo transteórico de mudança de comportamento, tem linguagem acessível ao entrevistado, que assim consegue identificar a fase motivacional em que se encontra. Completa a seção o desenho de uma escada com cinco degraus, que é pintada pelo usuário à medida que ele muda de fase, conforme sua própria percepção.

A partir desse autorreconhecimento demarcado pelo degrau pintado, o profissional inicia a entrevista motivacional, sempre na perspectiva da “[...] autonomia, participação e colaboração” (DIAS, 2004, p. 12), tanto sua quanto do cliente. A entrevista é aberta para que o usuário possa elaborar e refletir sobre sua condição.

Importante destacar que a reflexão é uma das estratégias fundamentais da EM. Isso porque, nesse momento, é feito o uso do reforço positivo, “[...] uma forma de apoio autêntico, de incentivo e de verdadeiro reconhecimento daquilo que há de valor em cada ser humano” (DIAS, 2004, p. 12). Além disso, são feitos resumos daquilo que foi discutido para que o cliente possa organizar suas ideias e o profissional, indicar informações e realizar aconselhamentos, auxiliando no movimento de mudança. Juntos, eles vão desenvolvendo alternativas em que esse processo ocorra de forma natural e espontânea (DIAS, 2004, p. 12).

O progresso em direção a um objetivo comportamental autodeterminado apoia o senso de autonomia dos pacientes e sustenta o interesse, e há evidências de que uma mudança de comportamento selecionada com base em seu valor pessoal, em vez de satisfazer demandas externas, como as recomendações dos médicos, é um alvo de hábito mais fácil (GARDNER, LALLY e WARDLE, 2010, 11º parag.).

A avaliação do usuário, bimestral, preconiza a verificação da mudança do estágio comportamental até completado o sexto mês do acompanhamento. Segundo Lally et al. (2010), o tempo médio para formação de hábito é 66 dias, com intervalo de 18 a 254 dias.

4.2 Cronograma

A execução do projeto-piloto no Seabrigo ocorrerá em dez etapas, conforme descrito a seguir.

1ª etapa (07/07/23) – Apresentação do produto técnico para o responsável e a equipe multiprofissional da instituição.

2ª etapa (14/07/23) – Mediante aprovação do projeto-piloto pelo serviço, terá início o planejamento para sua execução.

3ª etapa (14/07/23) – Definição da data de início da implantação do projeto.

4ª etapa (18/07/23) – Convite aos usuários portadores de hipertensão e preenchimento da caderneta PINTANDO O QUINTO por eles.

5ª etapa – Declaração de aptidão, fornecida pelo profissional médico.

6ª etapa – Início do projeto-piloto.

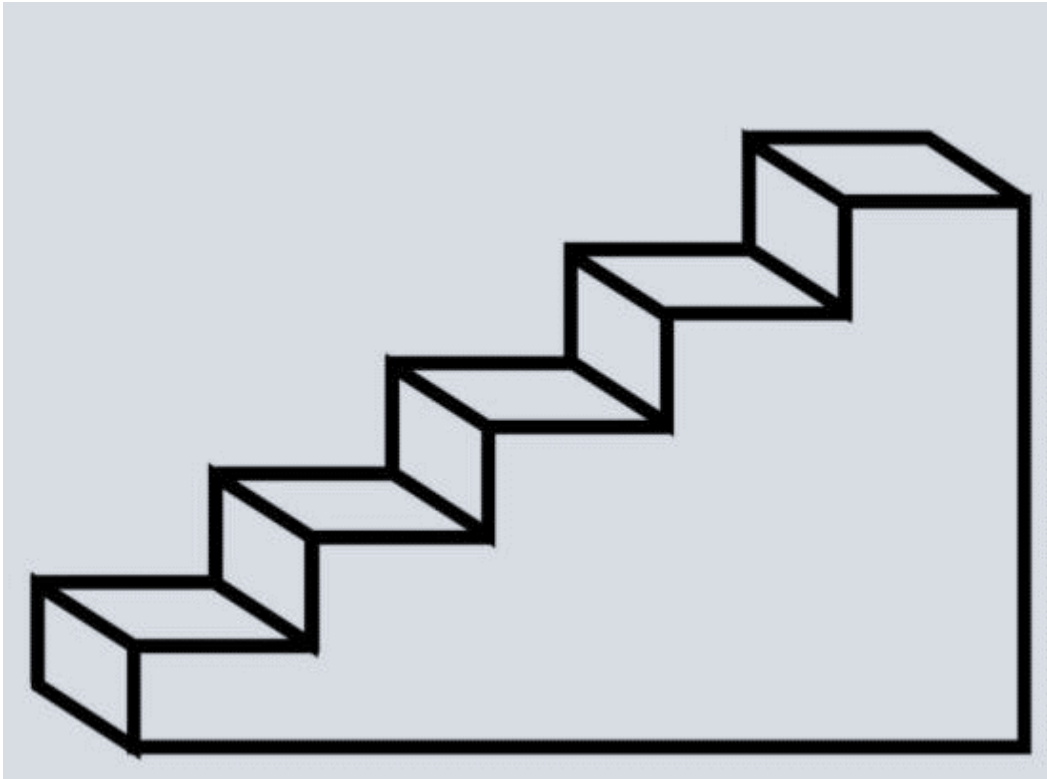
7ª etapa – Primeira avaliação da caderneta, no segundo mês de implantação.

8ª etapa – Segunda avaliação, no quarto mês de implantação.

9ª etapa – Terceira avaliação da caderneta, no sexto mês de implantação.

10ª etapa – Análise do processo de progressão de mudança do comportamento de acordo com o MTT e avaliação da efetivação do produto técnico.

4.3 Caderneta pintando o quinto



Nome:

Nome social:

Apelido:

Data de nascimento:

Nome da mãe:

Cartão SUS:

RG:

CPF:

Seção do usuário

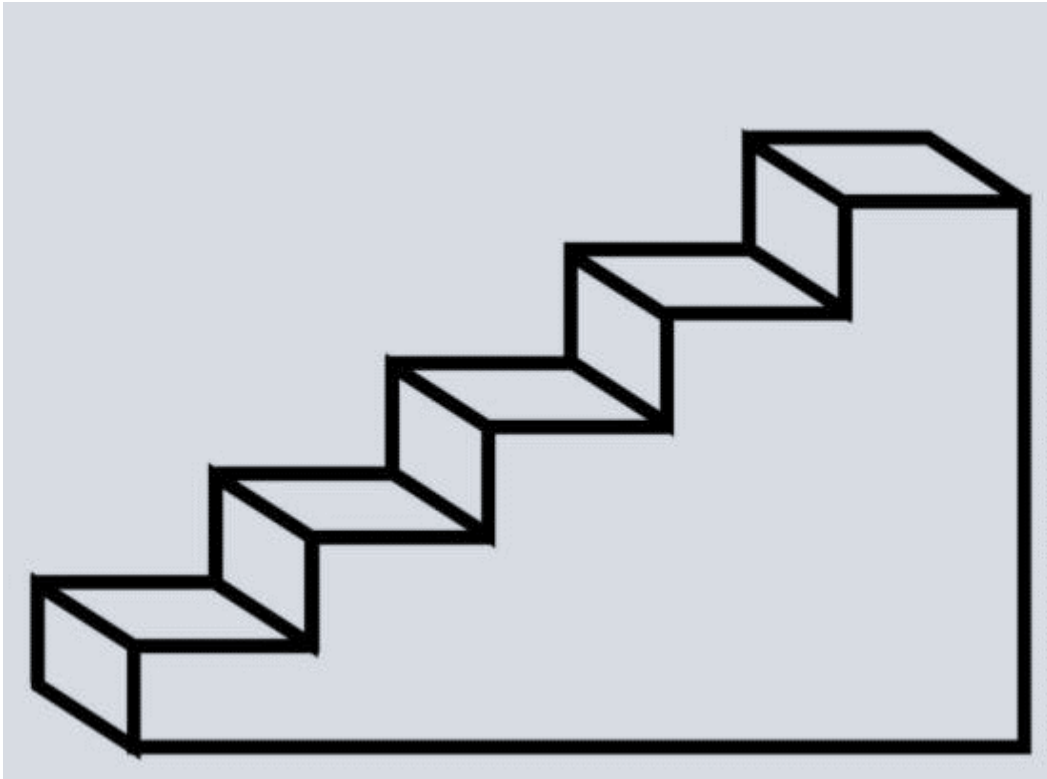
Perguntas sobre pressão alta (podem ser lidas e respondidas pelo próprio usuário, ou estes serem auxiliados pelo profissional técnico).

- O senhor tem pressão alta?
- Há quanto tempo descobriu que tem pressão alta?
- Como descobriu que tem pressão alta?
- O que senhor acha importante para controlar a pressão alta?
- O que senhor faz para controlar a pressão alta?
- O que senhor acha importante mudar em alguns hábitos para controlar melhor a pressão alta?
- Se o senhor tivesse oportunidade, aceitaria participar de programas que ajudem a mudar seus hábitos de vida?
- O que o senhor acha de fazer atividade física?
- O que o senhor já fez de atividade física?
- Por que o senhor fazia (ou não) atividade física?
- O que senhor acha de fazer atividade física dentro do abrigo?

Pensando nas suas respostas, qual dessas pessoas mais se parecem com o senhor/a:

- Senhor Carolino, que tem pressão alta e quer mudar os hábitos de vida.
- Senhor Esmeraldo, que tem pressão alta e mudou os hábitos de vida há algum tempo.
- Senhor Afonso, que não tem pressão alta.
- Senhor Donizete, que tem pressão alta e mudou seus hábitos de vida
- Senhor Bartolomeu, que tem pressão alta, mas não sabe se quer mudar os hábitos de vida.

Pinte no degrau da escada quem mais parece com o senhor/a.



1º degrau – Senhor Afonso

2º degrau – Senhor Bartolomeu

3º degrau – Senhor Carolino

4º degrau – Senhor Donizete

5º degrau – Senhor Esmeraldo

Seção do profissional

1) Identificar o estágio inicial de motivação do cliente, demonstrado na seção do usuário.

Através da entrevista motivacional propor tarefas motivacionais, conforme cada fase.

Correlação entre estágios de mudança e tarefas motivacionais.

Pré-contemplação	Levantar dúvidas – Aumentar a percepção do paciente sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Contemplação	“Inclinar a balança” – Evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a autossuficiência do paciente para a mudança do comportamento atual.
Preparação	Ajudar o paciente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação	Ajudar o paciente a dar passos rumo à mudança.
Manutenção	Ajudar o paciente a identificar e utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o paciente a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Fonte: Dias (2009)

2) Primeira reavaliação da caderneta PINTANDO O QUINTO, no segundo mês de implantação do projeto.

3) Segunda reavaliação da caderneta PINTANDO O QUINTO, no quarto mês de implantação do projeto.

4) Terceira reavaliação da caderneta PINTANDO O QUINTO, no sexto mês de implantação do projeto.

TABELA DE PROGRESSÃO DO ESTÁGIO MOTIVACIONAL

Avaliações/data	Estágio inicial	1ª reavaliação	2ª reavaliação	3ª reavaliação
Estágios	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Pré-contemplação				
Contemplação				
Preparação				
Ação				
Manutenção				
Recaída				

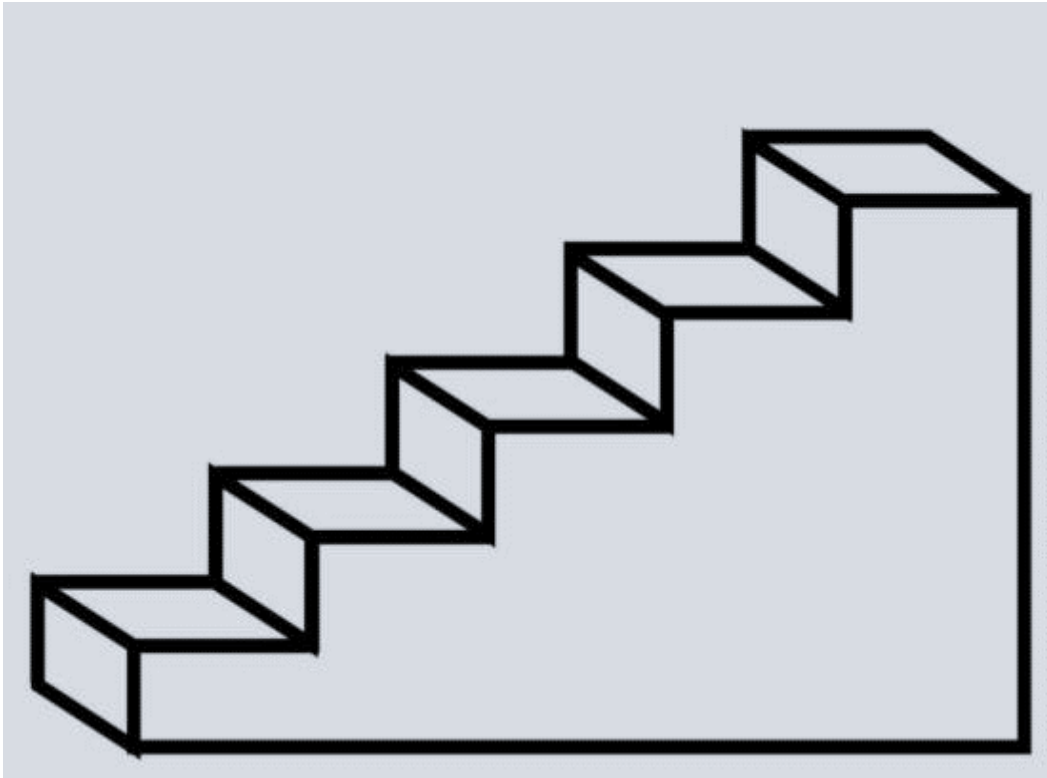
Fonte: Elaborada pela autora

5) Avaliar se efetivou a mudança no estilo de vida após o sexto mês de acompanhamento.

Qual dessas pessoas mais se parece com o senhor/a senhora:

- Senhor Carolino, que tem pressão alta e quer mudar os hábitos de vida.
- Senhor Esmeraldo, que tem pressão alta e mudou os hábitos de vida há algum tempo.
- Senhor Afonso, que não tem pressão alta.
- Senhor Donizete que tem pressão alta e mudou seus hábitos de vida.
- Senhor Bartolomeu, que tem pressão alta, mas não sabe se quer mudar hábitos de vida.

Pinte no degrau da escada quem mais se parece com o senhor/a.



1º degrau – Senhor Afonso

2º degrau – Senhor Bartolomeu

3º degrau – Senhor Carolino

4º degrau – Senhor Donizete

5º degrau – Senhor Esmeraldo

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica como um estímulo à mudança de comportamento, a caderneta PINTANDO O QUINTO traz informações importantes fornecidas pelo próprio usuário. Desse modo, o produto técnico ora proposto se configura instrumento facilitador para a equipe multiprofissional iniciar e desenvolver o processo de ações e programas no Seabrigo de Santo (SP), promovendo a mudança nos hábitos diários e incentivando a prática da atividade física. Isso porque, mediante as respostas fornecidas pelos usuários da instituição de acolhimento, cada integrante da equipe multiprofissional poderá identificar a fase motivacional em que eles se encontram.

O conhecimento dos conceitos do modelo transteórico possibilita ao profissional maior compreensão sobre

[...] a motivação humana e o processo de mudança, podendo instrumentalizá-lo para favorecer a adesão dos pacientes a comportamentos mais saudáveis (...) traz contribuições aos tratamentos uma vez que oferece uma estrutura integrativa para entender e intervir nos processos de mudança intencional (LUDWIG et al., 2021, p. 4 e 10).

Esses autores ressaltam que o MTT é reconhecido porque traz evidências de efetividade para mudança de comportamentos em saúde geral, assim como favorece a adesão à atividade física. Para eles, a instrumentalização do modelo de comportamento pode ser realizada pela entrevista motivacional.

O nome PINTANDO O QUINTO é uma referência ao último degrau da escada, que por sua vez representa a quinta fase do MTT. O incremento de cada degrau apresentado pelo usuário no decorrer do processo contribuiu para a efetividade do projeto, atestando as potencialidades dos protagonistas da pesquisa –a população em situação de rua abrigada no referido serviço público.

Embora idealizado para a PSR portadora de hipertensão arterial abrigada, uma vez comprovada sua efetividade, a caderneta poderá ter sua utilização ampliada, ou seja, levada para outros serviços do SUS.

REFERÊNCIAS DO PRODUTO

ALMEIDA, M. C. B. M. **Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto (Portugal), 2013.

ANDRETTA, I.; MEYER, E.; KUHN, R. P.; RIGON, M. A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 15-21, jul.-dez. 2014.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

CUNHA, M. C. M. R. P. **A entrevista motivacional como estímulo de motivação para a aprendizagem**: estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

Dias, R. B. Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – a entrevista motivacional. In: PEREIRA, A. A. (org.). **Diretrizes para saúde mental em atenção básica**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 44p. (Série Nescon de Informes Técnicos, nº 3).

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A entrevista motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim Academia Paulista de Psicologia** vol.34 no.87 São Paulo dez. 2014.

GARDNER, B.; LALLY, P.; WARDLE, J. Tornar a saúde habitual: a psicologia da 'formação de hábitos' e a prática geral. **British Journal of General Practice**, [s.l.], v. 62, n. 605, p. 664-666, Dez. 2012. DOI: 10.3399/bjgp12X659466

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **Uniad – Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas**, São Paulo, 22 dez. 2013. Disponível em: <<https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Entrevista-motivacional.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2023.

LALLY, P.; JAARSVELD, C. H. M.; POTTS, H. W. W.; WARDLE, J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real worldy. **European Journal of Social Psychology**, [s.l.], v. 40, Issue 6, p. 998-1009, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejsp.674>.

LASTE, D. S.; SUSIN, N.; OLIVEIRA, M. S. Aplicação da entrevista motivacional em pacientes com síndrome metabólica para mudança no estilo de vida. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, [s.l.], v. 1, n1, p. 15-26, maio 2013.

LEAL, E. A.; MIRANDA, G. J.; CARMO, C. R. S. Teoria da autodeterminação: uma análise da motivação dos estudantes do curso de ciências contábeis. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 24, n. 62, p. 162-173, maio/jun./jul./ago. 2013.

LEGNANI, R. F. S.; LEGNANI, E.; SMOLAREK, A. C.; GUIMARÃES, R. F.; CAMPOS, W. Fatores motivacionais associados à prática do exercício físico. Revisão conceitual da literatura. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, Año 16, n. 157, Junio de 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em 04 maio 2023.

LUDWIG, M. W. B. et al. Protocolo de intervenção baseada no modelo transteórico de mudança de comportamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 37, e37401, 2021.

PANSERA, S. M.; VALENTINI, N. C.; SOUZA, M. S. de; BERLEZE, A. Motivação intrínseca e extrínseca: diferenças no sexo e na idade. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 313-320, May-Aug 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-353920150202972>>. Acesso em: 4 maio 2023.

PEDERSINI, D. R.; ANTONELLI, R. A.; PETRI, S. M. Teoria da autodeterminação: Relações e Motivações. In: USP INTERNATIONAL CONFERENCE IN ACCOUNTING, 19, 2019. **Anais...** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2019. p. 1-21.

SILVEIRA, L. C. J. **Efeito da entrevista motivacional na pressão arterial e na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico**: ensaio clínico randomizado. Tese (Doutorado em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2019.

SOUZA, F.P.; HEINEN, M.; OLIVEIRA, M. S. Reflexões sobre um treinamento em Entrevista Motivacional em estudantes da área da saúde. **Psicologia Argumento**, [s.l.], v. 38, n. 99, p. 88-107, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.38.99.AO05>.

SUSIN, N. **Mudança do estilo de vida**: adesão e manutenção do tratamento. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. B. M. **Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 2013.
- Ananias, P. Cada homem e a humanidade inteira. In: CUNHA, J. V. Q. da; RODRIGUES, M. **Rua: aprendendo a contar**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: IPEA, MDS, 2009.
- APPEL-SILVA, M.; WELTER, G. W.; ARGIMON, I. I. de L. A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 351-369, ago. 2010.
Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682010000200008&script=sci_abstract>. Acesso em: 27 set. 2022.
- ASGARY, R., SCKELL, B., ALCABES A., NADERI R., SCHOENTHALER, A., OGEDEGBE, G. Taxas e preditores de hipertensão não controlada entre adultos sem teto hipertensos usando clínicas baseadas em abrigos da cidade de Nova York. **Annals of Family Medicine**, v. 14, n. 1, p. 41-46, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709154/>>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- AUBERT-LOTARSKI, A.; CAPDEVIELLE-MOUGNIBAS, V. Dialogue méthodologique autour de l'utilisation du logiciel Alceste en sciences humaines et sociales: «lisibilité» du corpus et interprétation des résultats. **Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**, n. 6, 2002.
- AYRES, J. R., PAIVA, V. e FRANÇA Jr, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos e humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (coord.) **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012.
- BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 7, n. 2, p. 5-25, ago. 2001.
- BARROSO *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 116, n. 3), p. 516-658, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
- BERNSTEIN, R. S.; MEURER, L. N.; PLUMB, E. J.; JACKSON, J. L. Prevalência de diabetes e hipertensão em adultos sem-teto nos Estados Unidos: uma revisão sistemática e meta- análise. **American Journal Public Health**, [s.l.], v. 105, n. 2, p. e46-e60, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318300/>>. Acesso em: 30 set. 2022.
- BEZERRA, S.T.F.; SILVA, L. F.; GUEDES, M. V. C.; FREITAS, M. C. Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, set. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300013>>. Acesso em: 13 set. 2022.
- BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de

Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 dez. 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília, 2021.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 151-160, já. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-8123202271.19662021>>. Acesso em: 23 set. 2022.

BRITO, D. M. S *et al.* Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 933-940, abr. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400025>>. Acesso em: 13 set. 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CARDOSO, A. C.; SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; ANJOS, D. S. C. dos; JORGE, J. S.; SANTANA, H. P. Challenges and potentialities of nursing work in street medical offices. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [on-line], v. 26, e3045, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/rBRjDhLPvmbMmnjMB79L6Jx/?lang=en>>. Acesso em: 31 out. 2021.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>>. Acesso em: 14 set. 2022.

COSTA, M. A. *et al.* **Vulnerabilidade social no Brasil**: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

CUNHA, A. T. R.; SILVA, J. I.; OLIVEIRA, G. S.; SOUTO, R. D.; L. F. F.; SOLANO, L. C. População em situação de rua: o papel da educação médica ante a redução de iniquidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 44 (Suppl. 1), p. e0136, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200376>>. Acesso em: 14 set. 2022.

FARIA, R.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega – O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, nov. 2009. DOI: 10.5380/raega.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde. Ministério da Economia. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LASTE D. S.; SUSIN, N., OLIVEIRA M. S. Aplicação da entrevista motivacional em pacientes com síndrome metabólica para mudança no estilo de vida. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 15-25.

LEGNANI, R. F.S.; DARTAGNAN, P. G.; LEGNANI, E.; BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. Fatores motivacionais associados à prática do exercício físico. Revisão conceitual da literatura. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, Año 16, n.157, Jun. 2011.

LIMA, C. M.; MUNIZ SILVA C. C. S. A interferência dos fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Revista Científica Sena Aires**, v. 6, n. 1, p. 17-20, 2017.

MEDEIROS, A.B.; TEIXEIRA, J. Motivar o doente: um trunfo esquecido na adesão ao tratamento? Motivar o doente: um trunfo esquecido na adesão ao tratamento? **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 38, p. 322-327, 2022. DOI: 10.32385/rpmgf.v38i3.13325

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1365-1374, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500030>>. Acesso em: 4 jan. 2023.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2004, Bauru. **Anais...** Bauru, SP: USC, 2004. v. 1. p. 01-10.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012. 98p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

MIRANDA, P. R. O.; SACRAMENTO, D. O.; DIAZ, F. B. B. S.; TOLEDO, L. V.; PEREIRA, R. S. F.; ALVES, K. R. Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam a adesão ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria (RS), v. 11, n. e6, p. 1-22, 2021. DOI: 10.5902/2179769242403

MUSIAL, D. C.; MARCOLINO-GALL, J. F. Vulnerabilidade e risco: apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política Nacional de Assistência Social. **O Social em Questão**, [s.l.], Ano XXII, n. 44, p. 291-306, maio-ago. 2019.

NASCIMENTO, A. R. A. DO; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, dez. 2006.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Nota Técnica (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>>. Acesso em: 15 out. 2022.

NGO, A. N.; ISLAM, M. A.; AOYAGI, J.; SANDOR, Z.; SANDOR, S. Prevalence of Hypertension in Homeless Adults: An Interprofessional Education Community-Based Health Fairs Cross-Sectional Study in Urban Long Beach, California. **High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention**, [s.l.], v. 28, n. 1, p. 63-68, 2021. doi: 10.1007/s40292-020-00424-8

OLIVEIRA P. A.; THEÓPHILO, C. R.; BATISTA, I. V. C.; SOARES, S. M. Motivação sob a perspectiva da teoria da autodeterminação: um estudo da motivação de alunos do curso de ciências contábeis da Universidade Estadual de Montes Claros. In: 7º CONGRESSO USP DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTABILIDADE, 7. ed., São Paulo. **Anais...** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

PANSERA, S. M.; VALENTINI, N. C.; M. S.; BERLEZE, A. Motivação intrínseca e extrínseca: diferenças no sexo e na idade. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 313-320, May-Aug. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-353920150202972>>. Acesso em 3 jan. 2023.

SANTOS (município). Secretaria de Assistência Social. **Plano Político Pedagógico da Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua – Seabrigo-AIF**. Santos (SP): Coordenação de Atenção Social à População em Situação de Rua COPROS – POP, 2015.

SCOTT, J. B.; POLA, C. A.; SIQUEIRA, A. C.; PEREIRA, C. R. R. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 600-615, maio/ago. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615>>. Acesso em: 12 set. 2022.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 38, n. 4, p. 662-679, 2018.

SILVA, T. O.; VIANNA, P. J. S.; ALMEIDA, M. V. G.; SANTOS, S. D.; NERY, J. S. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/PSxSGxP74bq473khC96GZmb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 1 nov. 2021.

SKINNER, B. F. **O comportamento verbal**. São Paulo: Editora Cultrix, 1957/1978.

SOUSA, Y. S. O.; GONDIM, S. M. G.; CARIAS, I. A.; BATISTA, J. S.; MACHADO, K. C. M. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rey (MG), v. 15, n. 2, e3283, abr./jun. 2020.

SOUSA, Y. S. O. O uso do software Iramuteq: fundamentos de lexicometria para pesquisas qualitativas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 1541-1560, 2021.

SOUZA, M. A. R. de; WALL, M. L.; THULER, A. C. M. C.; LOWEN, I. M. V.; PERES, A. M. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03353, 2018.

SOUZA, A. M. C.; SILVA, I. T. C.; GUIMARÃES, A. G. D. P. Pesquisa-ação: um olhar para a atenção primária em saúde. **Revista da Saúde da Aeronáutica**, [s.l.], v. 4, n. 3, p. 17-23, set. 2021.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986. (Coleção Temas Básicos de Pesquisa-Ação).

TODOROV, J.C.; MOREIRA, M. B. O conceito de motivação na psicologia. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, jun. 2005.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. SANTOS (município). **Censo da População em Situação de Rua**. Relatório Parcial. Santos (SP), 2020. Disponível em: <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/images/DCI/Relatorio_Censo_Santos_2020.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO JÚNIOR. N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, 182-192, jan-mar 2020. Disponível em: <<https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2896#:~:text=Destacaram%2Dse%20as%20dificuldades%20relacionadas,sociais%2C%20e%20manter%20tratamentos%20de>>. Acesso em: 12 jan 2023.

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM SITUAÇÃO DE RUA ABRIGADOS: UMA PERSPECTIVA PARA MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA

Pesquisador: ANA CLARA FERREIRA BENTO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 57093522.4.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.585.357

Apresentação do Projeto:

Trata-se de quarta apresentação de projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas que pretende investigar terapêuticas não medicamentosas no controle da hipertensão arterial por pessoas em situação de rua abrigados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos Gerais:

- Analisar quais as motivações para a aceitação do tratamento não medicamentoso associado ao tratamento medicamentoso pela população em situação de rua acolhida em abrigo institucional da Prefeitura Municipal de Santos

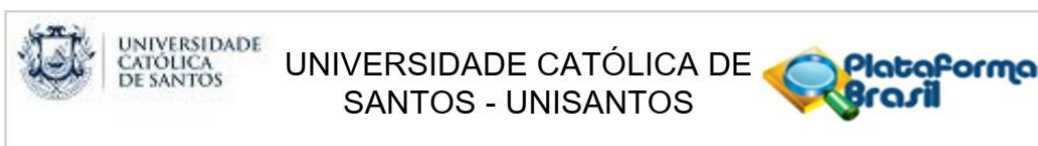
Objetivos Específicos:

- Traçar o perfil de cada portador sob o aspecto clínico e social;
- Possibilitar o uso desse equipamento como cooperador no tratamento não medicamentoso da HAS na População em Situação de Rua acolhida

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, "Tratando-se de entrevista, não oferece riscos.". Segundo o Capítulo IV, arts. 18 a 21, Resolução 510/216, do CNS, é responsabilidade do pesquisador expressar a possibilidade de risco derivado da pesquisa, independentemente de seu grau. Com isso, no TCLE é preciso expressar as ações de mitigação, por mais simples que possam aparecer. E quanto aos

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 5.585.357

benefícios, foi apresentado que "O tratamento não medicamentoso da HAS, pressupõe uma mudança no estilo de vida da população estudada". Mas esse tratamento não será aplicado, apenas investigado se haveria interesse, portanto, há de se ter outros benefícios artigo 10 da supracitada Resolução.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na última apresentação o Projeto foi considerado pendente pois o cronograma não foi apresentado de forma adequada, o que foi feito dessa vez, ainda que de forma bastante primária

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios como Folha de Rosto, TCLE alterado e em conformidade e autorização do local de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as solicitações foram atendidas

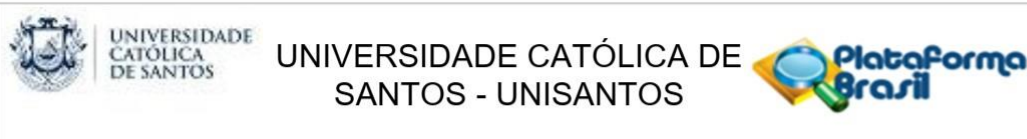
Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo as Resoluções 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, o Protocolo de Pesquisa foi analisado por um relator e, em Reunião Ordinária ocorrida em 09 de agosto de 2022, o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos o considerou Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	Cronograma_projeto_AnaClara.pdf	03/08/2022 10:30:31	Cezar Henrique de Azevedo	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1904615.pdf	02/08/2022 20:10:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	INTRODUCAO_REORGANIZADA_ABNT.pdf	10/06/2022 14:44:56	ANA CLARA FERREIRA BENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	10/06/2022 13:42:59	ANA CLARA FERREIRA BENTO	Aceito
Outros	intrreorg.pdf	30/05/2022 12:56:11	ANA CLARA FERREIRA BENTO	Aceito
Outros	tcu.pdf	30/05/2022	ANA CLARA	Aceito

Endereço: Av. Conselheiro Nêbias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 5.585.357

Outros	tcu.pdf	12:53:48	FERREIRA BENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta.pdf	30/05/2022 12:48:32	ANA CLARA FERREIRA BENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	30/05/2022 12:46:11	ANA CLARA FERREIRA BENTO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/03/2022 10:57:01	ANA CLARA FERREIRA BENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 16 de Agosto de 2022

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Conselheiro Nêbias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

ANEXO 2

Roteiro de entrevista

No início do diálogo/entrevista identificar-me-ei como estudante, informando que realizarei uma entrevista com os moradores do abrigo portadores de hipertensão arterial.

I – Dados de identificação

- 1) Qual seu nome?
- 2) Qual sexo/gênero?
- 3) Quantos anos você tem?
- 4) Qual sua cor/raça?
- 5) Até que ano estudou?
- 6) Onde nasceu?
- 7) Há quanto tempo está em Santos?
- 8) Continua tendo contato com sua família ou amigos?
- 9) O(a) sr.(sra.senhor(a) trabalha ou recebe algum auxílio financeiro?
- 10) Desde quando está em situação de rua?
- 11) O que aconteceu para estar em situação de rua?
- 12) Há quanto tempo está no abrigo?
- 13) Poderia contar-me como era seu dia a dia antes de vir para o abrigo?

II – Delimitando a saúde

- 14) Como era seu cuidado em relação a sua saúde?
- 15) Como descobriu que tem pressão alta?
- 16) O(a) senhor(a) costuma passar em algum serviço por causa da pressão alta?
- 17) Já ficou internado por causa da pressão alta?
- 18) Além da pressão alta, possui outro problema de saúde?
- 19) Tem alguma dificuldade quando procura algum serviço de saúde?
- 20) Toma algum comprimido para pressão alta?
- 21) O(a) senhor(a) fuma?
- 22) Faz uso de bebida alcoólica?
- 23) Faz uso de alguma droga?

III- Contemplando mudança dos hábitos

- 24) Além de comprimidos, conhece alguma outra maneira de tratar a pressão alta?
(A partir dessa pergunta, abordo os cuidados e tratamento não medicamentoso).
- 25) O que o(a) senhor(a) acharia importante mudar nos seus hábitos para melhorar o controle da pressão alta?
- 26) Se tivesse oportunidade, aceitaria participar de programas com intuito de incentivar mudanças dos hábitos e estilo de vida?

IV- Programas que contribuem para mudanças dos hábitos e estilo de vida.

Na cidade de Santos existem programas ofertados pela prefeitura e que podem auxiliar nas mudanças dos hábitos e estilo de vida. Dentre esses programas pode-se destacar:
a) Movimento-se com a música e com a dança; e b) Caminhada – pelotão saúde.

- 27) Já praticou alguma atividade física?
- 28) O(a) senhor(a) acha importante a prática de atividade física dentro do abrigo?
- 29) Sente-se motivado?
- 30) Aceitaria participar dos programas oferecidos pela prefeitura?

ANEXO 3

Perfil dos participantes

PERFIL DO ENTREVISTADO	Paciente A	Paciente B	Paciente C	Paciente D	Paciente E	Paciente F
Sexo	M	M	M	F	M	M
Idade	57	57	76	75	52	65
Raça	Negra	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca
Instrução	5ª série	Ensino médio	5ª série	?	Ensino médio	4ª série
Período em Santos	8 anos	Natural	Natural	Natural	44 anos	45 anos
Contato com família/ Amigos	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Auxílio financeiro	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Tempo em situação de rua	4 anos	_____	Não estou	Estou no abrigo	Nunca estive	2 anos e meio
Quanto tempo no abrigo	3 anos	2 anos	4 meses	1 ano	1 ano	_____
Fuma	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Álcool	Não	Não	-----	-----	Não	Sim
Uso de droga	Não	Não	-----	-----	Não	Não
Passa em algum serviço de saúde	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Já ficou internado por pressão alta	Não	Sim	Não	_____	Não	Não
Outro problema de saúde	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Dificuldade para acessar serviço de saúde	Não	Não	Não	_____	Sim/não	Não
Uso de medicamento para pressão alta	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Conhece outro tratamento para pressão alta	Não	Sim	Não	?	Sim	Não
Aceitaria participar de programas para MEV**	Sim	Em aberto	Não	_____	Sim	Sim
Acha importante atividade física no abrigo	Sim	Sim			Sim	Sim*
Sente-se motivado	Sim	Sim*			Sim*	
Aceitaria participar de programas oferecidos pela prefeitura	sim	sim*			sim*	

Fonte da própria autora; *com ressalva de estarem impossibilitados na data da entrevista; **MEV: mudança do estilo de vida

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Para participantes durante pesquisa qualitativa com moradores em situação de rua acolhidos na Seção Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua - Seabrigo-Aif

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM SITUAÇÃO DE RUA ABRIGADOS: UMA PERSPECTIVA PARA MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA.

Eu, Ana Clara Ferreira Bento Felipe, aluna regularmente matriculada no Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, atuando na Seção de Unidade Básica Vila Mathias e Consultório na Rua como médica clínica, sou a responsável pela pesquisa e por apresentar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa está em conformidade com Normativas Éticas de Pesquisa com Seres Humanos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de dezembro de 2012 e Resolução Nº 510 DE 7 DE ABRIL DE 2016.

Por que a pesquisa está sendo proposta?

A pesquisa ocorrerá junto aos moradores em situação de rua portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica acolhidos na Seção Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua - Seabrigo- Aif, situado à rua Manoel Tourinho, 352 - Macuco, em Santos.

O estudo tem como objetivo analisar quais as motivações para a aceitação do tratamento não medicamentoso associado ao tratamento medicamentoso pela população em situação de rua acolhida em abrigo institucional da Prefeitura Municipal de Santos e possibilitar o uso desse equipamento como cooperador no tratamento não medicamentoso da HAS na População em Situação de Rua acolhida.

A pesquisa com os portadores de Hipertensão Arterial acolhidos, pode trazer uma perspectiva para a mudança do estilo de vida dessa população através da implementação no abrigo, de programas voltados ao tratamento não medicamentoso da HAS.

O projeto tem finalidades acadêmicas e divulgação científica de resultados.

Caso aceite participar, após convite realizado pela pesquisadora, você será entrevistado (a) individualmente. As entrevistas ocorrerão presencialmente, conforme acordado com o chefe da unidade, seguindo todos os protocolos de biossegurança para evitar a disseminação da Covid-19, como aferição de temperatura, paramento adequado (Equipamento de Proteção Individual), uso de máscaras, assepsia das mãos e distanciamento físico. Estas entrevistas serão conduzidas pela pesquisadora acima citada com privacidade e serão gravadas em aparelho celular mediante autorização do participante e posteriormente transcritas integralmente. A entrevista vai ser realizada oralmente, de modo que os pesquisados alfabetizados ou não alfabetizados possam, igualmente, participar. Em caso de participantes não alfabetizados, o termo de consentimento livre e esclarecido será lido pela pesquisadora e o consentimento da participação será gravado após esclarecidas todas as dúvidas, incluindo as garantias dos direitos de participantes da pesquisa. A entrevista é constituída de perguntas fechadas e perguntas que possibilitem a fala do pesquisado de um modo espontâneo. O roteiro da entrevista será dividido em quatro partes: dados de identificação do pesquisado; delineamento da saúde do pesquisado; conhecer a motivação para uma mudança nos hábitos de vida do pesquisado e apresentar programas existentes na prefeitura que auxiliam na mudança do hábito de vida.

Quanto aos riscos e benefícios da participação na pesquisa?

Riscos: É possível que sinta algum constrangimento ou desconforto ao falar de sua vida pessoal. Os assuntos podem trazer à tona alguns sentimentos e emoções vividos ao lidar com algumas situações.

Benefícios: Sua participação não lhe trará benefícios diretos a curto prazo. Por meio dessa pesquisa e sua participação, esperamos obter conhecimento que possa incentivar a prática de programas visando o tratamento não medicamentoso da HAS no interior de um abrigo.

Confidencialidade

O nome do abrigo institucional não será citado e nem seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo. Os registros obtidos só serão acessados pelas pessoas envolvidas na pesquisa, minimizando riscos de quebra de confidencialidade

Quanto ao caráter voluntário

Sendo o caráter de participação voluntária, não haverá custo algum para o participante, tampouco qualquer tipo de pagamento. Você tem total liberdade de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento.

Você terá direito a acessar os dados parciais da pesquisa, bem como quando da publicação dos resultados.

Os dados serão mantidos pelo pesquisador por até cinco anos, após isso poderão ser destruídos ou guardados na instituição.

Em caso de dúvidas, reclamações ou denúncias:

Será assegurada assistência durante a pesquisa. Poderá esclarecer as dúvidas com a pesquisadora agora ou quando julgar necessário.

Pesquisadora responsável: Ana Clara Ferreira Bento Felipe Endereços: UBS Vila Mathias situada na rua Xavier Pinheiro, 284 - Bairro Encruzilhada, Santos-SP Telefone 3222-4290 e UBS PA-Porto/CnaR situada na rua General Câmara, 507 – Bairro Paquetá, Santos - SP Telefone 3233-3228. Endereço eletrônico e-mail: acfbfelipe@hotmail.com

Pode ainda consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (CEP/UNISANTOS) situado no Campus Dom Idílio, na avenida Conselheiro Nébias, 300 Bairro Vila Mathias, Santos – SP. Telefone: (13) 32055555 ou ainda o e-mail: comet@unisantos.br

Eu, (nome do participante), fui esclarecido(a) quanto aos propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem adotados, as garantias de meu direito de voluntário(a), de confidencialidade e esclarecimentos de dúvidas posteriores, bem como nenhum benefício direto ou pagamento por minha participação. Recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Concordo em participar voluntariamente desse estudo, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou penalidade

Autorizo a pesquisadora a entrar em contato comigo por meio de telefone do abrigo institucional, caso necessário.

Santos, de _____ de 2022.

Nome completo do participante:

RG: _____ CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Assinatura do participante:

Declaro que a obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido para participação do entrevistado foi feito de forma voluntária

. Responsável pela pesquisa: Ana Clara Ferreira Bento Felipe

Assinatura:

ANEXO 5

Temo de Consentimento da Unidade A Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos do Pesquisa A Seção Abrigo para Adultos Idosos e Famílias em Situação de Rua Seabrigo- Aif, concorda com a realização da pesquisa intitulada TRATAMENTO NAO MEDICAMENTOSO EM PORTADORES DE HIPERTENSAO ARTERIAL SISTÊMICA EM SITUAÇÃO DE RUA ABRIGADOS UMA PERSPECIVA PARA MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA" a ser desenvolvida pela pesquisadora Ana Clara Ferreira Bento Felipe, nesta unidade, após análise e aprovação pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos de Pesquisa (CAAPP) da Secretaria Municipal de Saúde.

A pesquisadora se compromete a realização estudo apenas após aprovação da CAAPP e do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS

Respeitosamente,

Rosana Salvador Dias Chefe de Seção SEABRIGO AJF Reg. 32.883-1-SEDS-PMS

Nome completo do responsável pela unidade cargo/função (instituição)

Santos, 25 de maio de 2022

